DES

TUMEURS SANGUINES

DU LARYNX

PAR

Le Docteur J. DUPONT



TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

—

1902

DES TUMEURS SANGUINES DU LARYNX

DES

TUMEURS SANGUINES

DU LARYNX

PAR

Le Docteur J. DUPONT



TOULOUSE

IMPRIMERIE LAGARDE ET SEBILLE

2, RUE ROMIGUIÈRES, 2

1902

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE & A MA SŒUR

A MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE FLAVIEN LANUSSE

AVANT-PROPOS

Parmi nos maîtres de la Faculté de Toulouse, MM. les professeurs Caubet, Chalot, Mossé, Rémond, Hermann, Audry, Bésy, Guilhem, Morel, Cestan, Audebert, sont ceux qu'il nous a été donné d'entendre plus spécialement et aussi ceux dont nous avons pu apprécier les savantes leçons, MM. les chefs de clinique Sarda, Castaing, Coulonjou, Gilles, Buy, nous ont toujours, avec bonne grâce, fait part de leurs connaissances.

Nous n'aurions garde d'oublier notre maître, M. le Dr Escat qui, pour n'être pas de la Faculté, ne la déparerait nullement. C'est à lui que nous devons nos connaissances en laryngologie. Pendant deux ans, il ne nous a ménagé ni les bons conseils, ni les savantes leçons. Toujours il nous a traité en camarade et non en supérieur. C'est à lui encore que nous devons l'idée première de ce modeste travail.

Que tous ces maîtres reçoivent le témoignage de notre reconnaissance.

M. le professeur Tapie, que nous connaissions déjà pour ses leçons si claires d'anatomie pathologique, nous fait honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Qu'il accepte nos remerciements, en même temps que MM. les professeurs Audry, Guiraud et Suis, ses assesseurs et nos juges.

DES

TUMEURS SANGUINES

DU LARYNX

Le larynx, autant que les autres organes et même peut-être plus relativement à sa minime étendue, est sujet à des néoplasies diverses, pour des raisons que nous essayerons d'élucider dans la suite.

Les néoformations s'y montrent avec plus ou moins de fréquence. A côté des kystes glandulaires, des papillomes, des polypes, tumeurs bénignes que l'on est d'ordinaire habitué à rencontrer dans le larynx, d'autres pour n'y être pas aussi fréquentes ne s'y rencontrent pas moins ; nous voulons parler des kystes dermoïdes, des kératomes, des angiomes, des lymphangiomes, etc. Faire une statistique comparative de la fréquence de ces diverses tumeurs n'entre pas dans le plan que nous nous sommes tracé.

Laissant de côté toutes les autres tumeurs, nous ne nous occuperons ici que des angiomes ou tumeurs sanguines du larynx.

Les angiomes du larynx sont à peine cités dans les auteurs classiques. Les raisons en sont multiples.

Avant 1855, époque à laquelle Garcia fit le premier examen du larynx, les tumeurs du larynx, les angiomes avec toutes les autres étaient ignorées du moins sur le vivant. Une autre explication de ce manque de détails, de ce silence sur les angiomes du larynx, réside peut-être dans la nature même de ce néoplasme. Quand le spécialiste ou le chirurgien s'aperçoit de la présence d'une néoformation laryngée, entraînant des troubles, il prend ses pinces et il enlève. Mais la pince écrase ; il ne reste au bout qu'une légère membrane et le diagnostic ne peut se faire, comme Chiari nous le raconte d'un de ses malades. S'il y a angiome, le sang s'écoule sous l'œil indifférent de l'opérateur peu étonné de ce fait normal pour lui, puisque l'hémorragie accompagne toute intervention, quelque bénigne qu'elle soit. Malgré ce concours fâcheux de circonstances, peu favorable au développement de l'étude des angiomes du larynx, la liste est déjà longue des cas publiés. Depuis Hamilton, que nous avons trouvé être le premier (en 1841) à avoir attiré l'attention sur ces tumeurs, la liste s'allonge chaque jour et si bien des obscurités restent encore, principalement en ce qui a trait au développement de ces angiomes, il faut moins accuser la rareté que le défaut d'examen porté sur chaque cas et le peu de renseignements histologiques que les auteurs qui les publient nous en donnent.

Avant de nous engager dans la reproduction d'un certain nombre d'observations qui serviront de base à notre travail, pour éclairer notre route, nous ne

croyons pas inutile de faire une courte incursion dans le domaine de la pathologie générale.

Le nom d'angiome, dans son sens le plus général, signifie formation vasculaire anormale. Une dilatation simple de vaisseaux anciens ne doit pas être considérée comme un angiome. Les anévrysmes ne sont pas des angiomes. Les varices ou dilatations des veines avec hypertrophie de leurs parois doivent également en être distingués. Un angiome serait, d'après les anatomo-pathologistes, « une néoformation vasculaire anormale reproduisant le type normal des vaisseaux, tels qu'ils se trouvent quelque part dans notre économie ». Un angiome reproduit du tissu vasculaire normal et non des vaisseaux malades. La présence seule de vaisseaux formant tumeur en un endroit où ils ne sont pas à l'état nor- constitue le cas pathologique.

A l'exemple de la plupart des auteurs, à la suite de Cornil, Ranvier et Virchow, nous distinguerons deux sortes d'angiomes :

1° Les angiomes simples dans lesquels les vaisseaux de nouvelle formation qui constituent la tumeur sont semblables aux vaisseaux normaux, aux artères, aux veines, ou aux capillaires, les angiomes simples étant le plus souvent formés de capillaires.

2° Les angiomes caverneux, chez lesquels le sang circule dans un système analogue au système caverneux des organes érectiles. Il peut se faire que ces angiomes soient de tous points semblables à ce tissu érectile ou bien n'être formés que de capillaires,

d'artères ou de veines sans avoir la propriété de changer de volume spontanément.

L'angiome simple (nœvus congénital, télangiectasie), se rencontre sous forme de tumeurs plates, légèrement saillantes ou polypeuses ; elles sont rouges ou violacées.

Elles peuvent siéger au niveau de la peau, cas ordinaire, et aussi au niveau des muqueuses. Les lèvres, la bouche en présentent souvent des exemples. Le pur angiome simple consiste essentiellement dans des capillaires de formation nouvelle ou anormale et congénitale, présentant des dilatations régulières, ampullaires ou circoïdes, et plus ou moins pelotonnés sur eux-mêmes. Ces vaisseaux y sont généralement disposés en tire-bouchon et très flexueux. Sur une section de la tumeur, on observe que leurs parois sont très riches en noyaux et qu'elles ont 1 à 2 centièmes de millimètre d'épaisseur, tout en conservant la structure simple de la tunique des capillaires. Ces vaisseaux sont habituellement compris dans un stroma fibreux ou cellulo-adipeux, car les angiomes siègent le plus souvent dans le derme et dans le tissu adipeux sous-cutané (Cornil et Ranvier).

Les angiomes caverneux sont essentiellement constitués par un tissu vasculaire dont les cavités sont remplies de sang. Ces cavités sont des aréoles communiquant très irrégulièrement les unes avec les autres.

Le sang circule avec activité dans ces systèmes d'aréoles. Les cloisons qui circonscrivent ces aréoles,

sont formées de tissu fibreux dense, même de fibres musculaires striées, lorsque la tumeur s'est développée dans un muscle des membres. Ces cloisons ont même des vasa-vasorum.

L'endothélium est semblable à celui des veines.

Le sang contenu dans ces tumeurs est du sang normal. Les aréoles communiquent entre elles librement ; la tumeur une fois incisée et vidée du liquide sanguin ne présentent que l'aspect d'une éponge ; c'est un lacis irrégulier de mailles vides. Au contraire si la tumeur est restée remplie du liquide quelle contient et a été plongée dans l'alcool ou mieux dans la liqueur de Müller, au microscope on voit une série de champs remplis de globules et plus ou moins séparés par des cloisons le plus souvent imparfaites. Ces tumeurs vasculaires si fréquentes, surtout au niveau du tégument externe et aussi au niveau des muqueuses, existent-elles dans le larynx ?

La réponse à cette question est dans les preuves. Ces preuves ne peuvent être données que par des observations. Nous en citerons un certain nombre, quitte ensuite à les discuter et à les classer. L'existence des angiomes une fois démontrée, nous pourrons alors nous occuper des autres différentes parties de la pathologie qui ont trait à cette affection ; leur développement, leur forme, leur siège, les symptômes auxquels ils peuvent donner naissance et le traitement qu'il est rationnel d'y apporter.

L'histoire des tumeurs sanguines du larynx ne

présente guère d'intérêt qu'au point de vue des observations qui ont été publiées. Des travaux d'ensemble nous ne pourrions en citer.

Mittmann, en 1897, dans sa dissertation inaugurale de Würsburg, nous donne bien quelques détails sur les différentes parties de la pathologie et de la thérapeutique qui ont trait à ces tumeurs. Successivement, diagnostic, signes cliniques, traitement, etc., sont passés en revue. J'oserai dire pourtant que son travail pêche par plus d'un côté. Les cas cités par lui ne sont guère discutés. On lui pardonnerait facilement de ne pas nous donner toutes les observations détaillées des cas d'angiome qui ont paru précédemment à son travail. Mais il paraît se renfermer presque exclusivement dans les seules publications de la littérature allemande. Il semble ignorer beaucoup de travaux étrangers anglais, français ou autres, et non des moins intéressants.

A l'histoire des tumeurs sanguines du larynx se rattachent encore, toujours en dehors des observations individuelles, les noms de Seifert (Otto) qui, en 1900, fit paraître, dans le *Munch. med. Wochens.*, un article intitulé « Ueber angiomes kehlkopfes » ; malheureusement ce court aperçu manque un peu de détails.

Chiari, avant lui, avait été plus complet. Pourtant, si le petit travail de Chiari est plein d'utiles indications, plus d'un point de la question, le traitement, le pronostic, les symptômes, sont trop sommairement traités. Chiari, d'ailleurs, paraît avoir envisagé la question à un point de vue tout à fait particulier.

Il semble que cet auteur veuille ou cherche à prouver que la plupart des cas d'angiomes du larynx n'étaient que de simples varicosités, comme dans ses deux cas personnels qu'il expose très en détail.

Schrotter (Vorlesungen über die krankheiten des kehlkopfes) semble avoir les mêmes tendances. Nous pourrions citer des noms, mais nous préférons renvoyer à notre bibliographie que nous avons taché de rendre aussi complète que possible.

Observation I, par Jurasz. — *Premier cas.* Agé de 50 à 60 ans, le patient était instituteur. Il entre, le 14 mars 1881, pour un enrouement progressif datant déjà de plusieurs années. Sa santé générale est bonne. A la surface de la corde vocale gauche et vers sa partie antérieure se trouvait une tumeur un peu plus grosse qu'une lentille, proéminente, à surface inégale et d'un rouge intense. En l'examinant de près, elle paraissait composée de vaisseaux sinueux. Des cautérisations au galvano-cautère amenèrent des hémorragies assez fortes et une rétraction considérable de la tumeur. En octobre 1882, on constata une récidive de la grandeur d'un petit haricot. Une nouvelle série de cautérisations galvano-caustiques furent accompagnées d'hémorragies assez fortes qui s'arrêtèrent spontanément au bout d'une demi-heure au plus. La tumeur fut complètement détruite. Il n'y eut pas de récidive. La voix devint claire, le larynx absolument normal.

Observation II. — *Deuxième cas*. Un négociant de 35 ans, examiné le 3 juin 1881, présentait à la surface de la corde vocale droite et vers la partie intérieure, un nodule très rouge, gros comme la moitié d'une lentille. Le traitement galvano-caustique amena une hémorragie assez longue, mais peu abondante. Guérison.

Observation III. — *Troisième cas*. Une femme de 33 ans, venue le 18 décembre 1881, se plaint d'enrouement qui va parfois jusqu'à l'aphonie complète.

Sur le milieu de la corde vocale droite est situé un nodule rouge relié à un autre nodule semblable situé lui-même en avant près de la commissure antérieure par des vaisseaux sinueux et dilatés.

La guérison fut obtenue par deux séances de galvano-caustie qui ne furent suivies que de faibles hémorragies.

Observation IV.

Angioma of the larynx, from H.-P. Loomis.

Angiomes multiples. Il s'agit d'une femme de 62 ans atteinte de rhumatisme chronique. Sur un côté de la langue, elle présente une tumeur de la grosseur d'une noix ; sur le côté gauche de son larynx existe une deuxième tumeur. Les deux étaient rattachées à une troisième, allant de la mâchoire inférieure à la clavicule. Les tumeurs de la langue et du gosier se tuméfiaient fortement lorsqu'on comprimait la tumeur principale. Elles étaient rouges et molles. La malade disait que ces tumeurs existaient depuis la naissance.

Par la suite, les tumeurs de la langue et du pharynx acquirent le volume d'un citron ; celle du cou devint énorme. Il y eut alors des symptômes généraux : cyanose, dyspnée ; pas de modifications de la voix.

Mort, quatre semaines après l'examen.

Autopsie. — En outre de ces masses angiomateuses, on trouva deux nodules angiomateux dans l'intérieur du larynx.

L'un, de la grosseur d'un gros pois, implanté dans le ventricule gauche ; l'autre, gros comme un noyau de cerise, implanté à la partie inférieure des replis aryténo-épiglottiques.

OBSERVATION V

(Angiome de l'amygdale et du larynx.)

M. Magnan présente à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux un angiome localisé au voile du palais, à la langue, à l'amygdale et au larynx.

L'individu porteur de cette affection s'est présenté à la clinique de M. Moure pour surdité datant de cinq ans, survenue à la suite d'otorrhée.

Actuellement, on observe une surdité progressive, avec épaississement scléreux cicatriciel du tympan des deux côtés.

Le père du malade a 70 ans et est en bonne santé ; sa mère est morte de phtisie pulmonaire à 50 ans ; ils ne présentaient pas de nœvi ni l'un ni l'autre, pas plus que les deux sœurs du malade, bien portantes, d'ailleurs.

A l'inspection du fond de la gorge on observe, sur la moitié gauche du voile, sur l'amygdale gauche, sur

le côté gauche de la portion verticale de la langue et sur la bande ventriculaire gauche, un angiome bien caractérisé par une dilatation variqueuse, d'une coloration violet sombre, due probablement à l'envahissement sanguin des cryptes amygdaliennes et à l'engorgement de tout le tissu aréolaire. Les troubles sont nuls et, bien qu'on ignore l'époque du développement de la tumeur, découverte seulement au moment de l'examen pratiqué par M. Moure, l'âge du malade est un garant de son non-accroissement et une contre-indication à toute intervention.

Cette présentation nous a paru intéressante par sa localisation laryngée.

OBSERVATION VI

Nœvus de la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx, par le Dr Max Schœffer, de Brême.

Une jeune fille de 9 ans était atteinte de nœvus au niveau de la moitié inférieure droite de la joue et du cou. Chez elle la muqueuse du palais, du pharynx et du larynx du même côté, offraient, jusqu'au niveau de la ligne médiane, une coloration rouge intense. De plus, ces parties étaient épaissies et la moitié droite de l'épiglotte avait le double du volume de la moitié opposée; la bande ventriculaire droite était également d'un rouge foncé et la corde vocale correspondante un peu injectée. La muqueuse de la trachée était intacte. Il n'y avait pas de troubles fonctionnels.

Obs VII, par Juffinger. — Ici les veines variqueuses formant tumeur atteignaient le calibre d'un tuyau de plume et pendaient librement dans la lumière du

larynx pendant la respiration, tandis qu'elles se logeaient dans le sinus piriforme pendant la phonation. Ces veines variqueuses, serrées les unes contre les autres, figurent une sorte de bourse cystique dont la composition veineuse ne devient évidente qu'à la lumière solaire. Ces varices étaient causées par un cancer de l'œsophage ayant produit la stase du sang.

Obs. VIII, par Chiari. — *Premier cas.* — « Isaak S... de Stry, en Galice, vingt-huit ans, vint le 19 janvier 1892 à ma consultation. Il supportait alors des douleurs dans la gorge. Au cours de l'examen je lui trouvai du catarrhe pharyngien chronique et, en plus de cela, incidemment, sur le milieu de la corde droite, près du bord libre, une petite nodosité bleue, non pediculée, ronde et grosse comme un grain de chanvre. La muqueuse du larynx était fortement colorée en rouge. L'anesthésie fut faite par cocaïnisation et ne fut pas tout à fait complète. Malgré cela je pus saisir la nodosité avec la pince à larynx et en prendre une petite pellicule. La petite plaie se mit à saigner très démesurément. Le miroir montrait à la place une petite dépression et immédiatement en avant et en dessous une autre petite éminence également bleutée. Elle fut enlevée, le jour suivant, avec le même succès et je cautérisai la place à la pierre. Malheureusement ces deux petits morceaux se perdirent, de sorte que je pus seulement, au cours de l'opération, placer le diagnostic de varice. Il ne pouvait être question que de cela. Je me basai sur ce fait qu'après l'ablation des deux petits morceaux, chaque fois à la place de l'éminence une dépression notable était apparue et l'hémorragie était excessivement forte.

Il était impossible qu'une tumeur aussi bien établie ait pu disparaître sur le champ après ablation d'une si petite pellicule. On aurait dû trouver dans les branches de la pince au moins un petit morceau de tissu au lieu d'une pellicule presque transparente qui se composait manifestement de la mince cloison supportant l'épithélium. » Le malade, revu le 29 avril, avait été enroué pendant 10 jours après l'opération ; mais il avait pleinement recouvré sa voix d'autrefois. Sa corde droite était pâle et le bord uni sans trace de tumeur.

Observation IX. — *Deuxième cas.* Le malade présentait, sur la corde droite, vers son milieu, un peu en dessous du bord libre, une nodosité hémisphérique, bleuâtre, d'environ un millimètre de diamètre. Au cours des recherches histologiques, la nodosité se comporta comme un peloton fondamental qui était englobé dans une bande de tissu lâche entre le « ligatum vocale » et l'épithélium. Après examen histologique, la série des coupes fut montrée à la séance de la Société de médecine de Vienne, le 6 mai 1892, et quelques microphotographies. Chiari interpréta cette tumeur, une varice. Le conseiller Billroth tint la nodosité pour une tumeur caverneuse où la masse composée de sang coagulé est parcourue par des tractus. La faible épaisseur des parois, selon Chiari, parle contre l'idée de tumeur caverneuse. Billroth pense que non et la constitution de la tumeur caverneuse ressemble presque à celle de la varice.

Observation X

Tumeur vasculaire (angiome de la commissure antérieure des cordes vocales, par Johnson).

Le 29 juin 1865, M. X..., avocat, âgé de 50 ans, vint consulter le docteur Johnson pour un enrouement assez prononcé, enrouement continu, sans dypsnée, ni toux ; cet auteur constata, au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales, la présence d'une tumeur rougeâtre, foncée, molle et rénitente, qui était un kyste vasculaire. L'excision de la tumeur pratiquée avec l'écraseur, amena sa guérison complète et le retour de la voix à son état primitif.

Observation XI

Tumeur sanguine de la corde vocale droite, par Coupard.

M. L..., 23 ans, employé, à la suite d'un léger refroidissement, vit le timbre de sa voix s'altérer profondément. Cette altération augmenta pendant six mois, pour rester ensuite stationnaire. Après divers traitements sans résultat et dirigés contre l'élément catarrhal (cautérisations légères, etc.), le malade avait encore la voix voilée, et le matin de légers hem sont suivis de crachats globuleux. A l'examen laryngoscopique, l'épiglotte, la muqueuse qui tapisse l'infinidibulum laryngien sont rouges. Cordes vocales dépolies et blanc rougeâtre. Sur le bord libre de la corde droite s'insère un néoplasme d'un rouge hémorragique, libolé, sans pédicule ; il occupe le tiers moyen de la corde, mesure 8 millimètres de long sur 6 de large.

Ces deux lobes, la tension exagérée de l'enveloppe, sa position toujours élevée font penser à un kyste sanguin. Le malade présentait de l'hyperesthésie laryngée. Après des soins médicaux pour la décongestion du larynx, dans une deuxième séance, avec les pinces de Fauvel, à la première introduction, le polype fut extirpé. Sa grosseur était moitié moindre.

Cautérisations au chlorure de zinc au 1/20° et la voix reprit sa pureté.

L'examen hystologique ne fut pas fait.

Observation XII

Tumeur sanguine (Kyste) de la corde vocale inférieure gauche, par le Dr G. Coupard.

Mme X..., 28 ans, en excellente santé d'ailleurs, ressent une gêne, une sensation de corps étranger dans l'arière-gorge, qui revient et disparaît par intermittence et un enrouement constant qui date de cinq mois environ. Grosses et nombreuses granulations du pharynx et mucosités desséchées très adhérentes.

Au laryngoscope, la corde vocale gauche paraît coupée transversalement à son tiers supérieur par un petit vaisseau. Ce petit vaisseau se termine par une dilatation rouge carminé, de la grosseur d'une petite tête d'épingle à base large, à sommet pointu. Elle est située exactement sur le bord libre de la corde vocale et au moment du rapprochement des cordes elle occasionne à sa partie inférieure un écart entre les deux cordes. Le traitement de la pharyngite catarrhale fut institué. Cautérisations de la petite tumeur deux fois par semaine avec une solution de chlorure de zinc au

1/50e. A la cinquième cautérisation, l'ampoule est en train de se détacher. Après douze cautérisations, le vaisseau afférent avait disparu à son tour.

Deux mois plus tard, la voix de la malade avait repris son timbre normal.

Ce fait est le cinquième observé par M. Coupard. Le premier observé était celui d'un malade atteint de paralysie de la corde vocale inférieure gauche due à un anévrisme de la crosse de l'aorte. La voix était redevenue ensuite meilleure quand le malade s'aperçut que sa voix s'enrouait de nouveau. L'examen laryngoscopique montra dans son tiers svpérieur un vaisseau coupant la corde gauche transversalemant et se terminant vers son bord libre par une petite dilatation. Traitement à l'iodure de potassium suspendu et administration de macération de quinquina. Un mois après le vaisseau est resté stationnaire, la dilatation est grosse comme une forte tête d'épingle. Elle est ronde et d'un rouge carminé.

L'état général réclame l'iodure de potassium et après quinze jours de traitement, le petit vaisseau a disparu, laissant sur le bors libre de la corde un petit polype sessile ayant alors plutôt l'aspect d'un fibrome.

Dans les autres cas, le vaisseau s'est toujours montré au même niveau et toujours sur la corde vocale gauche. La dilatation variqueuse n'a pas augmenté dans les autres cas, parce que, comme s'il s'agissait d'une affection purement locale, les cautérisations avaient enrayé la lésion.

Uue jeune Hollandaise, étudiant le chant, n'avait pu reprendre ses études qu'après trois mois de traitement. Chez les autres un maximum de quinze cautérisations avaient suffi pour retrouver la voix normale.

Jamais l'examen histologique de ces tumeurs n'a été fait.

Chez le premier en date, le polype, en vieillissant, avait changé d'aspect. Il est vraisemblable que ce changement était dû à l'hypertrophie du stroma qui, en comprimant l'élément vasculaire, avait modifié l'apparence extérieure du néoplasme.

Observation XIII

(Heinze. On angioma of the larynx.)

M. X..., âgé de 38 ans, se plaint d'avoir la voix voilée. En plus, des signes d'un catarrhe laryngo-pharyngien, on aperçoit, insérées sur la muqueuse ventriculaire, près de la commissure antérieure, deux tumeurs ressemblant à des groseilles noires.

Arrachées par la voie endolaryngées, elles furent examinées au microscope qui décela leur nature caverneuse. Une hémorragie abondante avait suivi leur ablation.

Observation XIV

(Angioma of the vocal cord, par le Dr L. Elsberg.)

Il s'agit d'un homme de 28 ans, professeur de chant. Il y avait eu des efforts de voix à la suite desquels l'éclat vocal avait diminué Le malade avait été traité médicalement à plusieurs reprises. Les amygdales avaient même été enlevées. En janvier 1883, à l'examen laryngoscopique, on aperçoit une petite tumeur

sur la corde vocale droite. En août 1883, cette tumeur paraît pyriforme, attachée tout le long du tiers antérieur de la corde droite. La coloration en est rouge, très foncée. La muqueuse laryngée est congestionnée.

Opération par la voie endolaryngée. L'ablation avec la pince de Cusco se fit en deux séances. Puis, cautérisations du point d'implantation avec le nitrate d'argent. L'arrachement s'accompagna d'une hémorragie assez abondante ; la tumeur avait le volume d'un gros pois.

La guérison persistait après trois mois.

L'examen microscopique décela la nature de la tumeur.

Il s'agissait d'un angiome caverneux.

Observation XV. — *Deuxième cas rapporté par Elsberg.* — Un homme de 37 ans, enroué depuis six ans, présente, depuis 12 ans, un catarrhe naso-pharingien.

Une tumeur grosse comme un pois, toute noire, s'insère sur la corde vocale droite par un pédicule assez long et large à la base. L'épiglotte est couverte de veinosités marquées.

Cette tumeur fut enlevée par la voie endolaryngée à l'aide du serre nœud de Sibbe. Il y eut une hémorragie consécutive considérable qu'on dut arrêter par des applications de sulfate de fer.

La guérison fut parfaite.

A l'examen histologique, la tumeur fut reconnue être un angiome caverneux type.

OBSERVATION XVI

Angiome situé dans l'angle des cordes vocales au niveau de leur insertion antérieure. Dysphonie remontant à un an environ. Pas de sensation de corps étranger. Arrachement. Guérison. Par le Dr Fauvel

M. B..., de Lille, âgé d'une cinquantaine d'années, est d'un tempérament sec et jouit d'une très bonne santé. Il n'a jamais fait aucune maladie. Sans cause apparente, un enrouement lui est survenu il y a un an. Depuis cette époque, il a fait de sensibles progrès. A l'examen laryngoscopique apparaît dans l'angle des cordes vocales inférieures, au niveau de leur point d'attache, une tumeur rouge, non pédiculée, noirâtre par places, venant faire saillie entre les lèvres de la glotte.

Ce polype est à peu près gros comme une forte aveline. Le malade ne se doute pas de sa présence. Pas de douleur dans le larynx; ni toux, ni sensation de corps étranger. Respiration normale, sans difficulté. A peine une légère gêne au niveau de la fourchette sternale. Pas d'antécédents spécifiques. Rien à la poitrine, ni au cœur.

Pendant quelques jours, le malade est mis au bromure de potassium et on l'habitue à supporter le contact des pinces. Fauvel fit l'ablation de la tumeur en plusieurs séances. Dans une première séance, toute la portion qui fait saillie entre les cordes vocales est enlevée. La voix revient de suite claire et timbrée. Queques crachats sanglants, le malade n'a rien senti.

Le surlendemain, un second morceau est enlevé.

Quelques crachats de sang rutilant et la voix s'éclaircit de suite Les cordes sont rouges. Le même jour, arrachement d'un troisième morceau. Le lendemain, arrachement d'un quatrième morceau. La totalité du polype fut enlevée le jour suivant. Elle était grosse comme un petit haricot.

Deux jours après la dernière séance, la voix est très forte, quoique un peu dure. Les cordes sont rouges, ecchymosées. Sur la corde droite, dans l'angle même des cordes, apparaît un pédicule rouge de la grosseur d'une tête d'épingle. La guérison s'est maintenue. L'examen histologique de la tumeur a démontré qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Observation XVII. — *Deuxième du Dr Fauvel.* — Angiome caverneux, inséré sur la partie la plus antérieure du bord libre de la corde vocale inférieure gauche. Enrouement intense. Arrachement. Guérison.

M. P..., placier à Paris, âgé de 37 ans, se plaint d'une altération de la voix datant de sept mois environ. Ce trouble est venu progressivement. Par moments, sa voix est assez claire ; mais, subitement, sans cause appréciable, elle redevient bientôt très enrouée. La santé de M. P..., est par ailleurs excellente. A l'examen laryngoscopique, sur le bord libre de la corde vocale gauche, très près de son insertion antérieure, on aperçoit un polype de la grosseur d'un pois, d'un rouge violacé, noirâtre, à surface lisse, légèrement pédiculé, qui s'oppose au rapprochement des cordes vocales. Pas de sensation de corps étranger, pas de toux, respiration facile, tel est le manque absolu de symptômes. L'enrouement seul inquiète le malade. Le malade est mis au bromure de potassium pendant qua-

tre jours. Les premières tentatives d'arrachement sont infructueuses. Quelques jours après, M. Poyet, chef de clinique, enlève le polype avec une pince sans ardillons. La voix revient aussitôt claire et timbrée. Un petit point sanglant indique dans le larynx l'insertion de la tumeur.

La guérison est complète. L'examen histologique décèle un angiome caverneux. Il n'y a pas eu de récidive.

Observation XVIII

Un cas d'angiome du larynx (A case of angioma of the larynx), par le Dr Percy Kidd.

Depuis de longues années, huit ou neuf ans peut-être, la malade, qui est âgée de 50 ans, est sujette à de fréquentes aphonies. A part cela, état général excellent. A l'examen laryngoscopique, on constate une tumeur située sur l'extrémité antérieure de la corde vocale gauche. Cette tumeur, de forme ovalaire, imparfaitement bilobée, a une couleur rouge sombre ; sa surface est très légèrement granulée. Elle s'insère sur la face supérieure de la corde vocale par un large pédicule. Pendant l'inspiration profonde, elle se loge dans la région sous-glottique et disparait presque complètement et reparaît pendant la phonation. Les autres parties du larynx ne présentent aucune altération. L'extraction fut faite avec les pinces de Mackensie. L'examen microscopique démontre qu'il s'agit d'un angiome. Les tumeurs de ce genre sont rares dans le larynx. Dans son Traité, Mackensie déclare n'en avoir rencontré que deux exemples.

Observation XIX, par Bean. — *Premier cas.* Angiome de la face supérieure de la corde vocale droite et situé vers le milieu de la corde. C'était un angiome pédiculé.

Observation XX. — *Deuxième cas.* Le malade présentait une tumeur pédiculée sur le bord libre de la corde vocale droite, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs.

Pendant l'examen, la tumeur se plaçait quelquefois entre les cordes vocales et la voix devenait presque aphone.

D'autres fois, elle disparaissait au-dessous de la glotte et la voix était normale. Cette tumeur fut enlevée avec la pince et elle ne récidiva pas.

Observation XXI

Un cas d'angiome du larynx avec traumatisme (angioma of the larynx with traumatism), par Lennox-Browe.

M. C. A. C..., âgé de 40 ans, est enroué depuis deux ans et demi.

A l'examen, gonflement et hyperhémie du côté gauche du larynx dû à des tentatives faites par un autre médecin, de même qu'une ulcération superficielle du repli ary-épiglottique.

Quelques jours plus tard, ces traces de traumatisme avaient disparu et l'on constatait sur la corde vocale gauche une petite tumeur arrondie, lisse et de couleur rosée au niveau de l'insertion de la corde vocale gauche.

La tumeur fut enlevée avec le serre-nœuds de Gibbs.

L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Wiatt Wingrove, démontra qu'il s'agissait d'un angiome.

Le traitement spécifique avait été prescrit, à cause de l'ulcération. Le malade, par ailleurs, n'accusait aucune trace de syphilis

Observation XXII. — En mars 1891, Schrötter observa et enleva une varice pédiculée grosse comme un pois et siégeant sur le repli ary-épiglottique gauche.

Observation XXIII. — Morell Mackensie mentionne deux cas de tumeurs ressemblant à une baie de ronce et dont l'une se trouvait dans le repli de la corde droite. Leur couleur et leur surface avaient tout à fait l'aspect d'une baie de ronce.

Observation XXIV. — Schwartz, dans sa thèse d'agrégation, en quelques mots, nous dit qu'il a pu voir un angiome capillaire sous-muqueux. L'examen histologique fut fait par Ch. Rémy.

Observation XXV, Dundas-Grant. — Hémorragies sous-muqueuses et angiome des cordes vocales.

Cet auteur présente un cas d'hémorragie sous-muqueuse de la corde vocale gauche, résultant d'une petite tumeur vasculaire occupant le tiers moyen de la corde. Les symptômes principaux sont l'aphonie brusque et l'enrouement pendant une quinzaine de jours. Le traitement astringent a donné quelque résultat. Mais il reste à savoir si la tumeur doit être enlevée.

Observation XXVI

Sur un cas d'angio-kératome de la corde vocale droite, par les docteurs Moure et Sabrazès (Résumé).

Mme veuve X... (26 ans), travailleuse de terre, se présente à la clinique laryngologique de la Faculté, le 26 février 1893, pour un enrouement qui la fatigue beaucoup.

Antécédents héréditaires, nuls. Mari mort tuberculeux. Ses deux enfants bien portants. Elle n'a pas de tare infectieuse, mais un aspect vigoureux. Depuis deux ans, à la suite de l'influenza, elle a un enrouement persistant. La phonation fatigue la malade. Pas d'engelures dans les commémoratifs. La muqueuse du larynx est normale. Sur le bord de la corde vocale droite à sa partie moyenne, on aperçoit une petite saillie nodulaire, de la grosseur d'un grain de mil, acuminée au sommet, étalée à la base ; d'aspect grisâtre à son sommet et rougeâtre à sa base ; parcourue par un fin réseau vasculaire qui va se perdre à la surface du ruban vocal. La malade porte aussi sur la face dorsale de la main droite une petite saillie nodulaire histologiquement reconnue sarcomateuse.

Huit jours plus tard, après cocaïnisation, l'ablation fut faite à l'aide de la pince à cueillée, sans incident.

Le 13 mars (dix jours après), voix normale. Pas de trace de la néoplasie au point d'insertion.

Examen, après coloration, au picrocarmin de Ranvier : la tumeur était constituée par une bordure d'épithélium pavimenteux stratifié, épaissi et onduleux, et par une masse centrale angiomateuse.

Entre ces deux parties est interposée une mince couche circulaire de tissu conjonctif creusé de fissures et de lacunes irrégulières.

L'épithélium est formé de trois rangées de cellules et d'une épaisseur moyenne de 128 μ, avec des épaississements. La couche externe a cinq ou six rangées de cellules, elle est lamelleuse et colorée en rouge vif. Les cellules en sont plates, cornées, avec un mince et long noyau transversal.

La couche médiane, plus pâle, formée de cinq ou six rangs de cellules losangiques, plus bas polyédriques, pourvues d'un noyau rond avec deux ou trois nucléoles. Peu de prolongements épineux dans ces cellules. En certains points, il y a jusqu'à quinze rangées de cellules polyédriques.

La zone la plus profonde, très colorée, est formée par une double rangée de cellules cylindriques.

La basale est épaissie et mesure par places 6 à 7 μ. Le derme sous-jacent est muqueux, blanchâtre, d'aspect lavé, dépourvu de striation fibreuse. Il est traversé de cellules fusiformes.

Les papilles sont très allongées ; leurs capillaires dilatés ont un diamètre de 40 μ. Au-dessous de la région papillaire se trouvent des espaces irréguliers, vides de sang (probablement par suite de la préparation). La paroi de ces espaces n'a pas d'endothélium et ne présente que quelques cellules plates. Ces lacunes bordent les limites de la tumeur. Au centre se trouve une masse angiomateuse sillonnée de travées conjonctives qui la lobulent. Il n'y a que des traces d'endothélium.

La masse principale est sous-papillaire; mais cette masse angiomateuse principale envoie des ramifica-

tions jusqu'au sommet de quelques papilles, au niveau desquelles le revêtement épithélial est aminci. En arrière de cette nappe d'angiome caverneuse se trouvent une dizaine de vaisseaux très dilatés, à parois fibreuses extrêmement épaissies, le diamètre de quelques-uns d'entre eux, dépasse 104 μ. Ils sont contenus dans une gangue de tissu connectif bien organisé. Plus en arrière encore, sont deux blocs fibreux reliés à l'ensemble de la pièce par de minces travées conjonctives ; ils sont globuleux, sillonnés de cloisons parallèles épaisses, limitant des fentes minces absolument vides. Ce sont là, très certainement, des blocs angiomateux en régression fibreuse.

Il s'agit donc d'un angiome caverneux sous-papillaire et intra-papillaire. Il n'existe pas de cavités hématiques incluses dans l'épithélium.

Histologiquement, ce fait est à rapprocher des angio-kératomes cutanés : il s'agit de productions angiomateuses papillaires et sous-papillaires qui secondairement s'accompagnent d'un épaississement épidermique portant principalement sur les couches cornées. Les angio-kératomes des extrémités (mains, pieds, lobule de l'oreille) sont souvent consécutifs aux engelures.

Observation XXVII

Angiome du larynx (Angioma of the laryny), par Percy Kidd.

Pièce anatomique présentée par l'auteur. Coupe microscopique d'une partie de la tumeur montrant les caractères d'un angiome. La patiente, âgée de 30 ans, se plaignait d'enrouement et de sensation douloureuse

dans la gorge qui dure depuis douze mois. Une tumeur ronde, de la grosseur d'un pois, partant de la corde vocale gauche, ayant pour point d'implantation l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Tumeur d'un gris rosé, attachée par un large pédicule plat. Après cocaïnisation, on enlève la tumeur en deux morceaux avec la pince coupante de Mackensie. Pas d'hémorragie notable. Trois jours plus tard, la corde vocale gauche présente un aspect rougeâtre, irrégulier, mais pas de trace de la tumeur. La patiente a cessé de revenir et n'a pas été revue.

Obs. XXVIII. (Tumeur sanguine du larynx, par le docteur G. Coupard.) — M. de T., 25 ans, professeur à sa voix continuellement voilée, tous les mois il expectore quelques crachats sanguins. Antécédents héréditaires nuls. Pendant l'enfance, il a eu la gourme, de petites dartres. Malgré cela, il était fort robuste. A l'âge de vingt ans il a eu des dérangements intestinaux, avec congestion du côlon, suivis de constipation opiniâtre. Nommé professeur, sa voix s'éraille, il ressent une constriction de la gorge avec sensation pénible de corps étranger. Il expectore des mucosités visqueuses, grisâtres. Un jour, sans toux, sans fatigue, il expectore une douzaine de crachats sanglants, suivis à quelques instants d'une vive douleur à la gorge. Les forces diminuent. Saison aux bains de mer de Granville. Nouvelles expectorations sanguines, à plusieurs reprises ; puis hémorragies fluantes, malgré un bon état général. Les crachats sanglants reviennent depuis tous les mois. Pourtant, à plusieurs reprises, on n'a rien trouvé d'anormal dans la poitrine. Envoyé à Cauterets, les crachats de sang cessent pendant trois mois.

Examiné au laryngoscope, deux ans après le début de ces accidents, il présente une légère pharyngite catarrhale granuleuse. Sous les cordes vocales écartées l'une de l'autre, à leur angle antérieur, une petite tumeur ronde, d'un rouge violacé, mesurant environ deux millimètres et demie de diamètre, non pédiculée, remonte un peu entre les cordes et empêche leur contact. Les cordes sont légèrement rosées.

Le lendemain de cet examen, après quelques crachats sanglants, on n'aperçoit, à la place de la tumeur, qu'une membrane horizontale, rouge comme le polype et sur la corde vocale droite une petite mucosité sanguinolente. Des cautérisations au chlorure de zinc, à la glycérine iodée produisent de bons résultats sur la voix. Les hémorragies cessèrent.

Observation XXIX, par Koschier. — Tumeur fluctuante de la grosseur d'une noix recouverte de muqueuse normale. Elle s'implante par une large base sur la face postérieure du repli aryténo-épiglottique gauche et du cartilage aryténoïde. Elle s'étend jusqu'au milieu du cricoïde sans trop gêner les mouvements de l'aryténoïde. Au moment de l'ablation par l'anse galvano-caustique, il s'écoula beaucoup de liquide laiteux et seulement des traces de sang.

Histologiquement, il s'agissait d'un lymphangiome caverneux ; tumeur probablement congénitale et ayant beaucoup grossi depuis cinq mois à la suite d'une inflammation.

Au bout de un mois, il y eut une récidive, probablement par suite de transformation sarcomateuse.

Observation XXX

K. Voprossouob angio mach gortani, par le Dr Maximov.

Il s'agit d'un homme de 53 ans, mort dans un asile d'aliénés, et que rien ne faisait soupçonner être atteint d'une tumeur laryngée. A l'autopsie, on trouve, au niveau de la corde vocale inférieure droite et occupant sa partie antérieure, une tumeur polypoïde noirâtre, dure, de la grosseur d'un pois. A l'examen microscopique, on voit au milieu de la tumeur un grand nombre d'alvéoles séparées les unes des autres par un tissu conjonctif fibrineux et contenant des globules rouges et un coagulum fibrineux dont les mailles sont remplies de globules blancs.

La face externe de cet espace alvéolaire était tapissée par la muqueuse du larynx proprement dite, très vascularisée et infiltrée d'un pigment noir.

Le pédoncule de la tumeur était formé par la juxtaposition des deux replis de la corde vocale et renfermait un grand nombre de vaisseaux, principalement des veines Les alvéoles diminuaient en nombre et en volume à mesure qu'on s'approchait de la partie antérieure de la tumeur.

Il s'agissait ici d'un angiome caverneux type.

En dehors d'un catarrhe des voies respiratoires supérieures, catarrhe dont étaient atteints tous les malades chez qui l'angiome avait été constaté de leur vivant, le patient de Maksimov ne présentait pas d'autres troubles fonctionnels. L'auteur russe se demande si ce catarrhe ne serait pas pour quelque chose dans la production de tumeurs vasculaires caverneuses.

OBSERVATION XXXI

Tumeur laryngée angiomateuse, par le Dr Rueda.

Femme de 50 ans, atteinte de pharyngite atrophique et d'une tumeur lobulée, mesurant 2 centimètres à sa face antéro-postérieure et 1 centimètre et demi transversalement, située sur le répli ary-épiglottique droit et gagnant l'aryténoïde, l'épiglotte et la bande correspondante. Tumeur grise par endroits, violacée en d'autres et cendrée par places ; touchée avec une pince elle semblait dure, mais comme elle était pédiculée elle n'entravait ni la déglutition, ni la respiration.

Diagnostic entre kyste et angiome. Rueda pratiqua une aspiration avec la seringue de Heryng armée d'une fine aiguille et il fit sourdre une petite quantité de sang d'où le diagnostic d'angiome. Rueda fit aussi des applications galvano-caustiques, mais il survint une forte hémorragie et la malade effrayée ne reparut plus.

Devant ce cas, Rueda recommanderait l'électrolyse.

OBSERVATION XXXII

Angiome de la corde vocale gauche. Thyrotomie et extirpation. Guérison. Par le Dr Pantaloni.

Mme L..., 38 ans, sans profession. Bonne santé antérieure ; pas d'antécédents morbides, héréditaires ou personnels. Constitution très robuste ; adipose marquée.

Débuts de la maladie actuelle : à la suite d'une

laryngite aiguë, datant de quatre ans environ, la voix est demeurée légèrement voilée, sans aucune gêne ni douleur du côté du larynx. Insensiblement, le voile s'est accentué, sans arriver pourtant à l'aphonie complète. Il y a un an, la malade a commencé à éprouver la sensation d'un corps étranger flottant dans la gorge, surtout au moment de l'expiration ; en même temps, apparaissait une toux légère mais fréquente, destinée à débarasser l'organe, toujours sans résultat. La dyspnée insensible alors s'est accentuée peu à peu ; elle était devenue très gênante depuis deux mois et demie ; dans le décubitus dorsal, elle s'exaspérait, au point de forcer la malade à se lever pour reprendre haleine.

Pas d'expectoration, pas de dysphagie ; chatouillement désagréable et même cuisson après les efforts de toux.

Examen laryngoscopique fait par le docteur Fosse : difficile malgré la cocaïnisation. Après plusieurs tentatives en plusieurs jours, on voit une tumeur du volume d'une noisette, rouge foncé, flottant au-dessous des cordes vocales et obstruant le passage de l'air. Point d'implantation indéterminable.

L'extraction par les voies naturelles ne put être faite ; malgré la cocaïne, le bromure et l'éducation de l'organe, la sensibilité restait extrême. On décide l'intervention par les voies artificielles.

Anesthésie, trachéotomie préalable, placement de canule de Trendelenburg. Etant donnée la couche graisseuse épaisse, qui recouvre la région, on fait une incision unique partant du milieu de la membrane thyro-hyoïdienne et descendant jusqu'au cinquième anneau de la trachée ; cette incision servira à la trachéotomie et à la thyrotomie. Après le placement de

la canule, on réveille l'opérée pour régulariser la respiration. Nouvelle chloroformisation par la canule ; section du thyroïde au moyen de ciseaux mousses. On aperçoit alors la tumeur suspendue par un pédicule assez large immédiatement au-dessous de l'insertion antérieure des cordes vocales ; on coupe, au moyen du bistouri, le pédicule à la racine. Le bord libre des cordes est rouge et ulcéré par les frottements répétés de la tumeur. Thermocautérisation du point d'implantation et des surfaces ulcérées des cordes. On substitue une canule ordinaire à celle de Trendelenburg. Pansement à la gaze iodoformée. Réunion par première intention des trois quarts supérieurs de la plaie. Canule enlevée le troisième jour. Occlusion complète de la plaie le huitième jour. La malade garde un silence absolu pendant quinze jours. La voix, d'abord faible, devint normale après la troisième semaine. Toute dyspnée, toute gêne, ont disparu. Examen laryngoscopique moins difficile ; les cordes sont légèrement rosées, mais régulières, bien mobiles. Plus de trace de tumeur au point d'implantation.

Examen histologique, par le docteur Pilliet. — Tumeur constituée par la muqueuse révêtue de son épithélium. Papilles peu saillantes. Au-dessus le tissu conjonctif est dilacéré par des hémorragies intenses, ces hémorragies constituent la masse principales de la tumeur. Dans les plans les plus profonds quelques vaisseaux, artériels et veineux, très dilatés et à parois scléreuses, groupés en bouquets. C'était donc un angiome circonscrit entouré d'hémorragies diffuses, le tout probablement d'origine artérielle (traumatique) à cause du nombre, du volume, de l'importance des hémorragies.

Observation XXXII

Bond. Case of large angioma of larynx.

Malade, âgé de 55 ans. Etant enfant, il avait l'habitude de pousser à tout propos des cris terribles, voix enrouée depuis près de vingt-huit ans. Il y a environ vingt ans, il a été traité par sir M. Mackensie pour une tumeur du larynx. Une relation de ce cas a été publiée par le docteur Wolfenden, en 1888, dans le *The journal of laryngology*. A diverses reprises, le malade cracha du sang, et quand l'auteur l'a vu, il toussait et expectorait des matières muco-sanguinolentes. La bande ventriculaire droite était occupée par une tumeur de couleur bleu foncé, qui en recouvrait complètement les deux tiers. La tumeur avait poussé un petit prolongement qui s'étendait au tiers antérieur de la bande ventriculaire gauche. Le malade prétend avoir été traité une fois pas semaine par la galvanocaustie. Il existait un léger engorgement glanglionnaire en avant de la carotide du même côté.

Oservation XXXIII

Double thyrotomie, double trachéotomie pour angiome du larynx, chez un enfant de quatre ans. Guérison, par le docteur Goris, de Bruxelles.

Il s'agit d'un garçon atteint de sténose laryngienne. La voix était fort rauque et le cornage très marqué ; les symptômes avaient évolué en un court espace de

temps. Deux mois, au dire des parents, avaient suffi. A un moment donné, il y avait eu un certain degré de rémission. Les symptômes avaient reparu d'une façon constante à l'époque où fut pratiqué le premier examen par le docteur Goris. La dypsnée, tout en ayant été moins grave, datait déjà de longtemps, ce qui porte à le croire, c'est l'état de déformation dans lequel se trouvait le squelette thoracique. Le sternum était projeté en avant, comme tordu de haut en bas, d'avant en arrière et de droite à gauche. L'examen laryngoscopique fut très difficile.

Une tumeur à surface arrondie, siégeait à gauche dans le larynx. Il s'agissait d'en débarrasser le petit malade. A cause même de l'âge du mlade, il ne fallait pas penser aux procédés intra-laryngiens. Le docteur Goris proposa donc la thyrotonie préalable. Mais laissons ici parler le docteur Goris lui-même : « L'un de mes confrères, à qui l'enfant fut montré, attribua la dypsnée à un œdème du larynx. Je fis alors un second examen laryngoscopique pendant la narcose chloroformique.

« Le laryngoscope me confirma dans mon idée première de la présence d'une tumeur arrondie, obstruant la presque totalité du larynx, mais permettant de voir par moments la corde vocale droite intacte. Je dirai, en passant, que l'autoscope de Kirstein ne me fut d'aucune utilité.

« L'indication vitale exigeait une intervention rapide et radicale, car les accès d'étouffement étaient fréquents ; j'avais failli perdre le malade pendant la narcose. Je fis d'abord la trachéotomie, puis la thyrotomie. Avant d'inciser le larynx de bas en haut, le petit malade fut mis dans la position de Rose pour éviter

l'écoulement de sang dans la trachée. Pour la même raison, je glisse toujours par l'ouverture laryngienne un petit tampon de mousseline, muni d'un fil jusque sur la canule. De cette façon, inutile la canule de Tréndelenburg, dont le ballon crêve et permet, par conséquent, l'entrée du sang dans les bronches. »

A l'ouverture du larynx, une tumeur mamelonnée bleuâtre, de la grosseur d'une lentille, occupait le ventricule gauche, dont elle refoulait en haut la paroi. C'est cette paroi refoulée qui, à l'examen laryngoscopique avait apparu comme étant la tumeur. C'était une tumeur vasculaire, dont la nature angiomateuse fut révélée par l'examen microscopique. Elle fut incisée soigneusement avec des ciseaux; sa surface d'implantation, cautérisée minutieusement au thermocautère et le larynx refermé par deux points de suture au catgut. La canule trachéale ne fut enlevée que le quinzième jour. Il est à remarquer que la surface d'implantation de la tumeur saigna assez abondamment pendant l'opération, après l'excision.

La respiration cependant n'avait pas repris les caractères normaux, le cornage nocturne surtout, était encore très prononcé. Aucune amélioration ne se produisant au bout de quelques jours (trois semaines après l'opération), que pouvait-on incriminer? L'œdème inflammatoire disparaît ordinairement avant ce délai. La tumeur avait été soigneusement enlevée. A quoi attribuer la dyspnée, sinon à la persistance du renversement vers en haut de la bande ventriculaire.

Le malade ne voulait pas se soumettre à l'examen laryngoscopique qui aurait pu renseigner.

Nouvelle trachéotomie et nouvelle thyrotomie. La bande ventriculaire, en effet, ne s'était pas affaissée

et barrait le chemin à l'air. Le Dr Goris en fit la résection sous-périchondrique, puis resutura le thyroïde.

Cette opération, très simple au font, mais très laborieuse à cause de l'exiguité du champ opératoire, dùra une heure et demie.

Une canule trachéale fut laissée quatre mois afin de permettre à la cicatrisation de sortir tous ses effets.

Excellent résultat général et local. La voix revint quinze jours après la deuxième opération et le petit malade put parler grâce au port d'une canule fenêtrée. Respiration excellente après l'enlèvement définitif de la canule, avec un peu de rudesse respiratoire, surtout la nuit quand l'enfant était couché sur le dos.

Le petit malade était guéri depuis neuf mois quand il fut emporté par la fièvre typhoïde.

Observation XXXIV

Ueber Angiome der Kehlkopfes, par le Dr Otto Seifert.

« Parmi les huit cas d'angiome du larynx que j'ai observés, le cas suivant m'a paru particulièrement intéressant, » dit Seifert. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, atteint depuis un an de raucité très prononcée de la voix. Croyant qu'il s'agissait d'un simple catarrhe du larynx, les médecins qu'il avait consultés jusque-là lui ont fait faire des cures à Ems, Reichenhall, etc., qui ne lui ont procuré aucun soulagement. Il n'a jamais eu d'hémathémèse. L'examen du larynx, pratiqué le 11 décembre 1899, révéla, outre une inflammation très intense de l'organe, la présence au niveau de la commissure antérieure, d'une

tumeur un peu plus grande qu'un pois, de coloration rouge bleuâtre et dont l'aspect et la forme permirent de diagnostiquer un angiome. L'ablation, pratiquée à l'aide de la pince de Schrotter a été un peu difficile, vu que la surface d'insertion de la tumeur s'étendait jusque dans l'espace sous-glottique. L'hémorragie consécutive à l'opération fut très abondante, mais s'arrêta au bout de dix minutes, après que le malade eut ingéré une grande quantité de glace. La voix redevint claire immédiatement après l'opération, la guérison s'effectua sans incidents et actuellement est normale.

L'examen microscopique a montré que la tumeur était constituée par du tissu conjonctif et de nombreux espaces cavitaires remplis de sang, tout comme la reproduction qui figure dans l'atlas Seifert-Kalm. Le tissu conjonctif présente une dégénérescence fibrineuse singulière. L'épithélium de la surface est transformé en lamelles cornées, ce qui donnait aux bords de la tumeur une coloration blanche, qu'on avait pu constater aussi au moment de l'examen laryngonopique.

Observation XXXV

Sur une tumeur particulière de l'épiglotte,
par le Dr G. Prota, de Naples.

Il s'agit d'une domestique, âgée de dix-huit ans, présentant, depuis l'âge de douze ans, une dysphagie de plus en plus marquée et compliquée, dans les derniers temps, de crises de suffocation. L'examen permit de reconnaître une tumeur lisse, arrondie de la

grosseur d'une noix, de consistance élastique, paraissant implantée sur l'épiglotte et faisant saillie au-dessus de la langue. Enlevée à l'anse galvanique, la tumeur fut examinée au microscope qui révéla un tissu constitué par des aréoles pleines de lymphe et de sang et limitées par une paroi conjonctive infiltrée de leucocytes. Le diagnostic porté est celui de fibrome kystique multiloculaire, ayant eu son point de départ dans le tissu sous-muqueux de la partie supérieure de l'épiglotte.

Observation XXXVI

Angiome du larynx chez un enfant de 6 ans enlevé par la voie endo-laryngée et sous l'anesthésie chloroformique (Angeioma of the larynx in a boy aged six years removed under chloroform by an endo-laryngeal method), par le Dr A.-J. Brady.

Le malade était atteint d'enrouement et de dyspnée, toussait beaucoup et expectorait du sang de temps à autre. Le miroir laryngé a révélé une tumeur ronde au niveau de la commissure antérieure des cordes vocales. Cette tumeur avait une coloration rouge foncé et une surface légèrement rugueuse. Elle saignait beaucoup et toutes les fois que le malade toussait le miroir était couvert de sang. Les deux amygdales étaient hypertrophiées, mais il n'y avait pas d'adénoïdes.

Plusieurs tentatives d'extraction de la tumeur par la voie endo-laryngée, sous l'anesthésie cocaïnique, sont restées sans résultat. Il n'a pas été possible une seule fois d'obtenir une anesthésie complète ; le malade toussait chaque fois qu'on introduisait la pince. On

lui administra alors du chloroformé, et, en attirant la langue en avant au moyen de l'abaisse-langue de Kirstein, on rendait accessible à la vue la partie supérieure de la glotte, mais pas la tumeur. On introduisit alors dans le larynx une curette de Heryng, avec laquelle on pratiqua, à trois ou quatre reprises, le curettage au niveau de l'endroit qu'on savait être celui où siégeait la tumeur. Il en résulta une légère hémorragie et on ramena plusieurs lambeaux de tissu qu'on reconnut comme provenant de la tumeur. Un examen ultérieur montra qu'une portion de la tumeur n'a pas été enlevée, de sorte que, dix jours plus tard, on recommença le même procédé, cette fois avec un succès complet. La voix est actuellement tout à fait claire, la dyspnée a disparu et il ne reste plus aucune trace de la tumeur.

Observation XXXVII

Angio-fibrome récidivant des bandes ventriculaires et des cordes vocales. (Recurrent angio-fibroma involving the ventricular bands and vocal cords), par le docteur Furnis Potter.

Le malade est venu consulter l'auteur pour un enrouement qui s'est établi graduellement. A l'examen laryngoscopique, on voit une tumeur trilobée remplissant le tiers antérieur des cordes vocales. Exploration avec le stylet et plus tard ablation montrent que la tumeur est formée de deux parties : une attachée à la bande ventriculaire gauche, qui était un papillome simple, et l'autre, fixée à la bande ventriculaire droite, et ayant envahi la corde droite, dont la face supérieure

était rugueuse et déchiquetée. Depuis l'été 1899, le malade était étroitement observé. Malgré plusieurs extirpations, tantôt à l'anse, tantôt aux pinces, la tumeur a continué à récidiver. La surface actuellement envahie est beaucoup plus étendue que lors du premier examen.

La commissure antérieure, la bande ventriculaire et la corde gauche sont considérablement atteintes.

Depuis plusieurs mois, le malade a eu des hémoptisies ; de plus, il souffre d'une gêne considérable à la parole.

OBSERVATION XXXVIII

Considerazoni sui tumori sanguigni della larynge.
Par le Dr FERRARI.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, présentant une tumeur sous la corde vocale gauche, de la grosseur d'une noisette, rosée, souple et ne saignant pas.

M. Ferrari, à l'aide des pinces de Fauvel, en enlève un fragment pour en faire l'examen microscopique. Cette première opération fut suivie d'une diminution remarquable du volume de la tumeur, mais, peu d'heures après, le patient était atteint d'une hémorragie laryngée très abondante. Alors, à l'aide du laryngoscope, on voit que le sang vient de la base de la tumeur. Attouchements au perchlorure de fer sans résultat. On fait alors la trachéotomie et ensuite coupe du larynx et tamponnement.

Après quarante-huit heures, le patient meurt de pneumonie infectieuse. A l'autopsie, l'examen du larynx montre seulement une lésion de la tumeur sans

déchirure de vaisseaux importants. L'examen microscopique révèle la nature de la tumeur ; il s'agissait d'un myxo-fibrome télangiectasique.

Observation XXXIX (inédite). — B. E..., instituteur à Saint-Paul-de-Jarrat, âgé de 40 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, se plaint d'enrouement qui date de plusieurs années. A l'examen laryngoscopique, on voit sur la corde vocale gauche, vers le milieu du bord libre, une petite tumeur sessile, allongée dans le sens antéro-postérieur, c'est-à-dire dans le sens de la longueur de la corde, de couleur inégale, rouge en certains points, tandis que en d'autres elle est violacée, ecchymotique et même présentant une couleur noirâtre sur certaines parties de sa surface. Autant que l'on pouvait en juger par un examen macroscopique, cette tumeur avait plutôt l'aspect d'un angiome.

Le 30 juillet 1896, après cocaïnisation avec une solution de chlorydratre de cocaïne au 1/20, en pulvérisations pharyngées et en instillations laryngées, on procède à l'ablation.

M. le docteur Escat fit usage, pour cette opération, de la pince de Dundas-Grant. Le malade s'étant montré quelque peu indocile, la tumeur ne put être saisie et enlevée qu'à la sixième tentative. Elle présentait l'aspect d'un angiome.

Immédiatement après l'opération, au grand étonnement du malade, la voix redevient normale ; mais, dès le lendemain, l'enrouement reparaît.

On procède a un examen du larynx qui présentait les signes de la laryngo-trachéite : congestion et gonflement des cordes vocales et de tout le larynx. Le

malade avait une aphonie presque complète. Contre cet état, un traitement anticongestif, d'ailleurs assez anodin, est institué et au bout de huit à dix jours la voix était redevenue normale, en même temps que l'état congestif avait rétrocédé.

Le malade fut revu complètement guéri le 1er octobre 1896. La voix est claire. Il ne reste plus trace de la tumeur ; à peine soupçonnerait-on son point d'implantation. Depuis, le malade n'a pas été revu.

L'examen histologique de la tumeur fut fait par M. le professeur-agrégé Rispal. La coupe a montré qu'il s'agissait bien d'un angiome et d'un angiome caverneux.

Observation XL (inédite.)

L. R..., 32 ans, notaire. Il vient consulter M. le docteur Escat, le 17 avril 1898, pour un enrouement chronique, survenu progressivement, il y a plus de six mois, sans avoir succédé à des symptômes aigus. L'examen du larynx montre, sur la corde vocale gauche, sur le milieu du bord libre, une petite tumeur noirâtre, sessile, allongée dans le sens antéro-postérieur et du volume d'un grain de riz.

M. le docteur Escat procéda à l'ablation après avoir préalablement pratiqué des pulvérisations pharyngées avec une solution de cocaïne au 1/20e qu'il instilla en même temps dans le larynx. Cette ablation fut faite le 19 avril, avec la pince de Moritz Smidt et à la deuxième tentative. La voix redevint normale immédiatement. Le pédicule fut cautérisé au chlorure de zinc au 1/20e, quinze jours après, la guérison était com-

plète, on ne voyait plus trace de la petite tumeur. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

Le malade qui est atteint d'une otite moyenne chronique, est revenu au mois de septembre 1901. Il ne portait plus trace de sa tumeur laryngée.

De la lecture de ces diverses observations, on peut conclure que les tumeurs sanguines du larynx sont loin de former une classe unique ; elles se présentent sous plusieurs formes différentes :

1° Ces tumeurs peuvent être congénitales et par conséquent rentrer dans la classe des nœvi. Tels les cas de Loomis, de Schœffer, de Magnan et peut-être aussi ceux de Jurasz, de Schwartz, de Morell Mackensie ;

2° Après examen histologique, nous disent un certain nombre d'auteurs dans le compte-rendu de leurs observations, il fut reconnu qu'il s'agissait d'une tumeur caverneuse Nous classerons donc à part les tumeurs caverneuses du larynx ;

3° Dans l'observation de Prota, la tumeur de la grosseur d'une noix, qui se trouvait sur l'épiglotte était un lymphangiome ou plutôt un hémo-lymphagiome. A côté de cette tumeur se placera la tumeur

de l'observation de Koschier. Elle contenait seulement de la lymphe qui s'écoula en grande abondance au moment de l'opération ;

4° Enfin nous avons la grande classe des varicosités, dans laquelle un certain nombre d'auteurs, entre autres Schrötter, auraient tendance à faire rentrer toutes les tumeurs sanguines du larynx.

Nous avons enfin relaté quelques cas où l'élément angiomateux n'était qu'au second plan ; non pas que nous confondions ces divers genres de tumeurs, mais pour attirer l'attention sur une erreur qui pourrait être commise.

Les vaisseaux d'une tumeur quelconque (fibrome, sarcôme, papillome) peuvent à un moment donné se dilater, s'ectasier et figurer ainsi un angiome primitif, tels les cas de Potter, de Brindel et bien d'autres que nous aurions pu encore rapporter.

Eppinger, au sujet des hémorragies dans les fibromes du larynx, va même jusqu'à penser que les tumeurs désignées par divers auteurs (Fauvel) sous le nom d'angiomes, n'étaient que des fibromes hémiangiectasiques.

Schrötter, au sujet d'une petite tumeur qui siégeait sur une corde vocale, saignait beaucoup et qui à la loupe présentait de petits vaisseaux, pense que très vraisemblablement ce n'était qu'un néoplasme très riche en vaisseaux, et il considère comme des fibromes, des papillomes, riches en vaisseaux, beaucoup des cas d'angiome décrits, jusqu'au cas de Percy Kidd.

Nous voilà donc avertis sur la possibilité d'une confusion entre les angiomes et les faux-angiomes ou tumeurs à dilatations vasculaires.

Quelle est l'étiologie de ces diverses tumeurs ? Certains malades racontent qu'à la suite d'un refroidissement, consécutivement à l'influenza (Pantaloni) l'enrouement s'est produit. Ces causes, que les malades mettent en avant, peuvent-elles être considérées comme étant un facteur quelconque dans la production des angiomes ? Un certain nombre d'auteurs, Chiari, Seifert Heinze, etc., mettent les néoplasies angiomateuses ou seulement vasculaires sur le compte d'un catarrhe chronique. Que peut-il y avoir d'exact dans toutes ces étiologies, toutes plus ou moins supposées? Et le catarrhe ne serait-il pas un effet plutôt que la cause des angiomes du larynx?

Puisque nous en sommes aux suppositions, nous voyons que les malades, quand ils viennent consulter, sont atteints le plus ordinairement depuis déjà de longues années. Alors ne peut-on pas supposer que le catarrhe ne serait que l'effet d'une irritation mécanique provoquée par tous les efforts auxquels se livre le patient ou bien pour chercher à débarraser son organe au bien pour essayer de donner à sa voix qui se perd son ancien éclat ?

Peut-être aussi y aurait-il une distinction à faire entre les diverses sortes de tumeurs sanguines que nous avons appris pouvoir exister dans le larynx :

1° Les tumeurs sanguines du larynx peuvent être congénitales et alors entrer dans la classe des nœvi ;

2° Elles peuvent survenir à titre d'accident néoplasique pendant la vie de l'individu. Elles sont alors ou du type angiome simple ou du type caverneux ;

3° Les tumeurs sanguines du larynx peuvent aussi n'être que de simples varicosités.

A la première espèce, on donne pour cause la congénalité.

Ce mot, il faut l'avouer, n'explique pas grand chose. On a bien dit que les angiomes se rencontrent surtout aux endroits où furent pendant la vie embryonnaire les diverses fentes ou sillons. Ce fait, en tout cas, ne serait qu'une simple constatation, non une explication.

Pourquoi des vaisseaux prolifèrent-ils ainsi anormalement pendant la vie intra-utérine ? On a pu quelquefois incriminer l'hérédité. Cela ne fait encore que retarder l'explication du pourquoi de la néoplasie.

Nous ne nous préoccuperons pas ici du mode de développement des tumeurs du larynx quand elles sont congénitales, telles celles de Schœffer, Magnan, Loomis, peut-être Jurasz, Goris et Brady.

Quand il s'agit de varices, il est probable que les phlébectasies n'ont pas au larynx d'autres causes que si elles siègent dans les autres parties de notre organisme, aux jambes par exemple.

L'origine des varices est dans une inflammation dont la cause peut être et est le plus souvent d'origine mécanique, compression, stase, etc. La prolifération qui se fait dans leur texture allonge leurs parois ; la phlébectasité se traduit par des flexuo-

sités plus ou moins nombreuses ; les veines atteintes présentent des dilatations fusiformes ou ampullaires ; leurs parois ne gardent pas toujours la même épaisseur. Supposons que cela se passe au niveau des petites veines du larynx. La cause première de la phlébectasie peut être un catarrhe pharyngo-laryngien qu'on accuse comme premier facteur des néoplasies sanguines du larynx (Chiari, Schötter) ; dans un cas de Coupard, une varicosité de la corde vocale droite, accompagnait un anévrysme de l'aorte et cette varice laryngienne suivait les incidents d'évolution de l'anévrysme pour céder ensuite au traitement ioduré. Chez le malade de Juffinger, il y avait, en même temps que le paquet variqueux dans le larynx, un cancer de l'œsophage qui avait amené des phénomènes de compression.

Dilatées et flexueuses, ces veines peuvent prendre l'aspect de petits pelotons. La constitution de la tumeur caverneuse ressemble alors presque à celle de la varice (Billroth).

Pour une tumeur de ce genre, présentée à la séance de la Société de médecine de Vienne, le 6 mai 1892, comme une varicosité par Chiari, Billroth, fut d'un tout autre avis.

La phlébite du larynx, malgré tout, est rare, selon Morell Mackensie ; elle n'accompagne que rarement le catarrhe chronique.

Ce catarrhe chronique, signalé tant de fois, est-il pour quelque chose dans la production des tumeurs sanguines autres que les varices dans le larynx. Heinze, Elsberg, Fauvel, Maksimov, nous donnent

leurs tumeurs comme des angiomes caverneux type. D'autres sont moins explicites. Bean, Kidd, Lennox-Browne, Bond, Dundas Grant, Brady, nous disent que les tumeurs furent reconnues être des angiomes, sans autre étiquette.

Dans la première observation de Jurasz, on peut voir que la tumeur se composait de vaisseaux sinueux ; il en est de même de celle de Schwatz ; elle avait été reconnue de nature angiomateuse par Ch. Rémy. Dans quelle proportion entre le catarrhe pharyngo-laryngien pour la production de ces tumeurs, nous n'essaierons pas de le connaître. Ce catarrhe même n'est-il qu'un effet au lieu d'être la cause ? Comme pour toutes les tumeurs, le *primum movens* nous échappe. A peine pouvons-nous nous rendre compte de la façon dont les tumeurs évoluent.

Rokitansky admettait que le tissu aréolaire se développait aux dépens du tissu conjonctif, en vertu de l'origine mésodermiqne des endothéliums.

Ce tissu aréolaire aurait formé comme un tissu vasculaire nouveau, indépendant des vaisseaux anciens avec lesquels il ne communiquerait que dans une phase ultérieure. Nous n'entrerons pas dans la discussion des preuves de cette théorie à laquelle Lushka avait cru apporter des arguments nouveaux. L'opinion de Rokitansky n'est guère soutenue aujourd'hui. Il est admis que tout réseau vasculaire néoformé provient des capillaires anciens dont les endothéliums prolifèrent et jouent le rôle d'éléments angioblastiques ; ces vaisseaux ne sont,

au début, que de simples boyaux de cellules embryonnaires. Quoi qu'il en soit, dès le début, les tumeurs, si elles se forment comme le tissu vasculaire normal, ne seraient qu'un amas de cellules endothéliales se rangeant peu à peu pour circonscrire des canalicules. Suivant Pouchet et Tourneux (*Précis d'histologie humaine*, 1878), « tout vaisseau commence par être un capillaire simple à la paroi duquel s'ajoutent successivement les éléments musculaires, élastiques et lamineux qui constituent les tuniques des vaisseaux sanguins de tout ordre. Les artères ont d'abord la structure des capillaires. Elles paraissent ensuite passer chez l'embryon par une période où leurs parois sont exclusivement musculaires. Les fibres élastiques n'apparaissent que plus tard. En est-il de même pour les cas pathologiques ? La chose est plus que probable pour les angiomes congénitaux et même dans le cas où ceux-ci prennent un développement inusité, ils doivent emprunter les modes d'agrandissement des tissus vasculaires normaux. Dans des préparations histologiques sur un angiome musculaire, Bonnet (thèse de Toulouse, 1894) a cru voir que l'angiome, au lieu de débuter dans les faisceaux musculaires les moins altérés par une néoplasie de capillaires envahissant les tissus avant de se transformer en vaisseaux d'un ordre plus élevé, paraîtrait provenir d'une hypertrophie musculaire et conjonctive portant sur les capillaires anciens, strictement limitée au réseau intrafasciculaire. Après l'hyperplasie endothéliale, voilà l'hyperplasie des parois prise sur le vif. Quant à

l'hyperplasie angioblastique dans la région où elle apparaît bien nettement, elle est manifestement liée à une hypertrophie antécédente des endothéliums dans les ramuscules vasculaires de tout ordre ; elle procède par petits foyers discrets dont plusieurs semblent plus avancés dans leur développement. Par ce simple exposé des conclusions de la thèse de Bonnet, il semble que les tissus angiomateux, du moins dans les muscles, procèderaient comme pour le développement normal du tissu vasculaire.

Nous avons essayé de connaître comment ces tumeurs se développent. Quel sera leur pronostic. Pour le commun des malades, un enrouement persistant et progressif, la dysphonie, la toux n'inquièteront pas outre mesure, même pendant de longs mois, de longues années. Le pronostic dépend, d'ailleurs, des conditions individuelles du patient, du volume, du nombre, du siège et enfin de la nature de la tumeur elle-même. Il est moins grave chez les adultes que chez les enfants, soit en raison du petit volume du larynx de l'enfant, où la moindre petite tumeur, par l'obstruction qu'elle apporte, peut avoir des conséquences fâcheuses, soit en raison de la plus grande facilité du traitement. Les méthodes endo-laryngiennes, sous une simple anesthésie locale, en faisant courir le moins de risques possibles, suffisent le plus souvent à débarrasser les adultes de cette affection, tandis que chez l'enfant indocile, l'examen est impossible en dehors d'une anesthésie générale, de même que le traitement qui doit également avoir recours à cette anesthésie,

comme nous le montrent les cas de Goris et de Brady.

Supposons encore que ces tumeurs se rencontrent chez des individus qui par profession sont obligés de faire un constant appel à leur voix. Une intervention rapide sera d'autant plus légitime que le patient appartiendra au monde des professeurs, des avocats, des orateurs, des militaires ou des chanteurs. La plus petite néoplasie siégeant sur une corde vocale est capable de produire une aphonie complète.

A plus forte raison, les inconvénients augmentent avec le volume de l'angiome, surtout quand celui-ci montre des tendances à l'accroissement comme dans le cas de Loomis. Cette évolution peut être lente. Depuis huit ou neuf ans, peut-être, nous dit Percy Kidd, sa malade, qui était âgée de cinquante ans au moment de l'examen, est sujette à de fréquentes aphonies. Le sujet de Bond était enroué depuis vingt-huit ans et il y avait vingt ans que Mackensie l'avait traité pour une tumeur au larynx. A côté de ces cas, où le début est déjà si lointain, il en est d'autres où les symptômes ont poussé le malade à se faire soigner après quelques mois. Fauvel vit ses malades un an à peu près après le début des accidents. Lennox-Browne deux ans et demi. Il est difficile de dire dans tous ces cas, où l'évolution fut si lente, à quel moment a débuté l'affection et par conséquent quelle en est la durée exacte. Ce qui est à retenir, c'est que dans aucun cas on n'a vu l'angiome du larynx retrocéder, mais au contraire dans quelques cas atteindre des proportions qui ont pu

faire succomber le sujet qui en était porteur (Loomis).

Les accidents ne dépendent pas, d'ailleurs, du volume, mais de leur siège. Pour une tumeur grosse comme une noix, le malade de Prota n'aurait eu au début d'autres accidents qu'une simple dysphagie. Si la tumeur, au lieu de siéger à l'épiglotte, avait eu pour point d'implantation les cordes vocales par exemple, c'est-à-dire en un point où le moindre accroissement pouvait avoir pour conséquence des accidents dyspnéiques, les phénomènes auraient été autrement graves. Ce danger peut encore augmenter avec la forme dela tumeur. L'asphyxie, au lieu d'être lente, progressive pourrait être subite. Un cas de polype du larynx, cité par Lieutaud, se termina de cette façon. Le malade s'étant abaissé pour ramasser un livre, le polype pédicule s'était déplacé et l'avait asphyxié.

Pantaloni, dans son observation, nous raconte que sa malade était obligée pendant la nuit de se mettre sur son séant pour reprendre haleine, la position couchée l'empêchant de respirer à cause de l'angiome qui obstruait ainsi la lumière de la glotte.

Tout autant de raisons qui méditent en faveur d'un traitement, sans compter que les angiomes ne sont pas à l'abri de dégénérescences de nature maligne.

Jean Müller a vu des angiomes cutanés évoluer en sarcomes. Après ablation, Koschier nous signale un angiome avec récidive qu'il suppose de nature sarcomateuse. Il ne serait peut-être pas présomp-

tueux de penser que sur un cas tel que celui de Moure et Sabrazès il pourrait se greffer une néoplasie épithéliomateuse maligne.

Après ablation, au contraire, tous les dangers disparaissent, du moins dans la plupart des cas. Car Koschier, comme nous l'avons dit plus haut, a vu une récidive de sarcome (?) à la place d'où il avait extrait un angiome. Jurasz également a vu un angiome récidiver, mais alors sous sa forme primitive. Dans tous les autres cas, le résultat du traitement chirurgical a été excellent.

La voix redevint claire de suite (Seifert). On pourrait en citer autant de tous les autres cas ; pour plus amples détails, afin de ne pas trop nous répéter, nous renvoyons à la lecture de nos observations.

Le plus grave inconvénient d'une intervention, est l'hémorragie, parfois assez abondante (Elsberg), d'autres fois considérable (Ferrari), quand la tumeur est d'un certain volume. Cette hémorragie a presque toujours cédé aux moyens médicaux, le cas de Ferrari excepté.

L'angiome se présente avec des caractères variés. Chaque cas d'angiome a ses caractères particuliers. La forme, la grosseur, le siège de semblables tumeurs varient à l'infini. Si la tumeur qui fait l'objet de l'étude de Moure et Sabrazès ne dépasse guère la grosseur d'un grain de mil, de même que les petites varicosités signalées par Chiari, d'autres auteurs signalent des angiomes d'un volume beaucoup plus considérable, Koschier nous parle d'une tumeur

fluctuante, de la grosseur d'une noix et recouverte de muqueuse normale. Elsberg, dans les deux cas cités par lui, a vu des tumeurs augimateuses de la grosseur d'un pois. Ce volume d'un pois était aussi celui que Fauvel, Maksimov, Seifert et Kidd donnent comme représentant celui des tumeurs dont ils nous donnent les observations. Jurasz et Goris parlent de la grosseur d'une lentille. Ce sont déjà des volumes à considérer pour la lumière d'un larynx, surtout dans le cas de Goris où il s'agissait d'un enfant et qui expliquent les phénomènes quelquefois graves occasionnées par la présence de ces tumeurs. Pourtant les angiomes peuvent atteindre des dimensions bien plus grandes. Koschier nous parle d'un angiome gros comme une noix, la malade de Pantaloni avait un angiome des dimensions d'une noisette. Pour le cas de Prota, si les phénomènes principaux signalés sont surtout de la gêne à la déglutition, la cause en est non en ce que la tumeur était de moyen ou de minime volume, mais grâce à son siège (l'épiglotte) cette tumeur du volume d'une noix et qui apparaissait au-dessus de la langue n'amena pas des accidents graves. De même que leur volume, le siège de ces tumeurs est en effet à considérer. Ce siège varie presque avec chaque cas. A ce sujet, certains auteurs ont établi des distinctions entre les angiomes. Pour eux il y aurait une classification en angiomes intra-laryngés et en angiomes extra-laryngés. Ceux-ci siègeraient dans le sinus pyriforme; les autres pouvant siéger dans les autres parties du larynx. Sans vouloir donner une classification des

angiomes du larynx, il serait peut-être plus rationnel, il nous semble, de n'appeler angiomes intra-laryngés que ceux siégeant sur les cordes vocales ou dans leur voisinage immédiat, les autres pouvant siéger dans les autres parties du larynx.

A ne considérer que la première classification, c'est-à-dire celle qui range parmi les angiomes extra-laryngiens ceux qui siègent dans le sinus pyriforme, cette classification est sans doute légitime au point de vue anatomique et quand il s'agit des tumeurs du larynx en général, mais dans la série des observations que nous rapportons, nous n'en avons pas trouvé qui aient le sinus pyriforme pour point d'implantation, si ce n'est le peloton variqueux de Juffinger. Au contraire, les cordes vocales semblent être le lieu d'élection pour le siège des angiomes, surtout au niveau de leur commissure antérieure et de leur bord libre.

La tumeur reconnue comme un angiome siégeait à la face supérieure de la corde vocale droite, dans un des cas cité par Béan, sur la face supérieure de la corde vocale gauche, dans un cas de Jurasz, tandis qu'elle avait pour point d'implantation la surface de la corde droite dans une autre observation du même auteur. Dans la première de nos observations inédites, la tumeur de petites dimensions siégeait sur la corde vocale gauche ; chez le sujet de Maximov au milieu de la corde vocale gauche, à la corde vocale droite (Coupard). Pour ne pas continuer plus longtemps cette énumération, sur les quarante observations que nous rapportons, l'angiome, ou la

tumeur supputée telle, siégeait neuf fois sur la corde vocale droite, soit sur son bord libre, soit sur leur surface. Il semble, d'ailleurs, que ces sortes de tumeurs aient une prédilection pour la partie antérieure des cordes, tant du côté gauche que du côté droit. Sur les observations citées par nous, il n'y a pas de prédilection marquée pour aucun des deux côtés, puisque la corde droite portant des angiomes dix fois, la corde gauche les porte neuf fois.

Les autres parties du larynx sont moins bien partagées. Nous avons dit que les angiomes siégeant sur les cordes vocales se présentaient surtout vers leur partie antérieure, soit sur leur bord libre, soit sur leur face supérieure. Il n'est pas étonnant, dans ces conditions, que la tumeur de la malade de Pantaloni, chez le jeune enfant de Brady comme chez les sujets plus âgés de Seifert, de Fauvel et de Coupard, ait eu pour point d'attache et par conséquent pour point de production cette commissure antérieure. Il est à noter, de plus, que les symptômes, dans ces divers cas, avaient une gravité exceptionnelle, soit parce que la tumeur, en s'insinuant entre les cordes vocales, empêchât leur rapprochement, soit que dans le décubitus dorsal du malade, cette tumeur pendant librement entre les lèvres de la glotte, l'ait obstruée tout entière et empêché ainsi la respiration.

Chez les malades de Schœffer et de Magnan, la tumeur, tout en atteignant d'autres parties de la bouche et même du tégument externe, s'étendait jusqu'à la bande ventriculaire gauche (Magnan), droite (Schœffer).

Furnis Potter et Bond ont également vu la tumeur angiomateuse s'insérer sur la bande ventriculaire droite.

Prenant une plus large base, la tumeur de Rueda allait du repli aryténo-épiglottique droit jusqu'à l'aryténoïde, l'épiglotte et la bande ventriculaire correspondante ; et Koschier aussi a vu le pédicule de l'angiome, cité dans l'observation que nous rapportons de lui, s'étendre du repli aryténo-épiglottique au cartilagearyténoïde ; Schrotter du repli aryteno-épiglottique à l'épiglotte.

La muqueuse ventriculaire, tout près de la commissure antérieure (Heinze), la muqueuse du ventricule gauche (Goris), peuvent aussi donner naissance aux angiomes et même jusqu'à celle du sinus piriforme ; pourtant Juffinger ne fait de son cas qu'un simple peloton variqueux.

Différentes quant à leur grosseur et à leur siège, les tumeurs angiomateuses présentent-elles par ailleurs un aspect identique comme couleur, comme forme ? La tumeur peut être unique, c'est sa forme habituelle, mais il en est de bilobées. Leur couleur, leur forme, leur consistance sont diverses et assez variées. Simplement rosée ou même de coloration blanchâtre quand un revêtement corné les recouvre, leur teinte peut aller jusqu'au rouge hémorragique ; elle peut être d'un rouge violacé ou noirâtre (Elsberg). Les néoplasies avaient l'aspect de deux groseilles noires dans l'observation de Heinze. Le sommet de la tumeur de Moure et de Sabrazés était grisâtre, la base en était rougeâtre. Chez le premier

sujet de nos observations, on voyait la tumeur de couleur inégale, rouge en certains points, tandis que dans d'autres elle était violacée, ecchymotique et même présentant une couleur noirâtre. Leur surface est lisse (Prota, Fauvel). Brady nous parle de surface rugueuse, Morell-Mackensie d'un aspect muriforme, Goris d'aspect mamelonné, tandis que Kidd nous dit que la surface de l'angiome dont il relate l'observation, était simplement granulé.

La consistance en est plus ou moins molle ou résistante (Johnson), parfois fluctuante (Koschier), molle et érectile (Loomis). Ces angiomes du larynx sont sessiles ou pédiculés. Ce pédicule a une base plus ou moins large et partant la tumeur est fixe ou mobile. « Quand la tumeur, dit Bean, se plaçait entre les cordes vocales, la voix devenait presque aphone. D'autres fois, elle disparaissait au-dessous de la glotte et la voix était normale. »

Tels sont à peu près les caractères sous lesquels se présentent les angiomes du larynx. Ainsi constitués, ils donnent naissance à des symptômes plus ou moins graves, jusqu'à mettre la vie du malade en danger.

Quels sont les divers symptômes indiqués par les auteurs chez les divers malades ? Magnan, Schœffer nous disent que, atteints depuis leur naissance de leur affection, les malades n'accusaient aucun symptôme insolite ; pas la moindre gêne, ni pour la parole, ni pour la respiration, ni pour la déglutition.

Maksimov, chez son aliéné, fit une véritable trouvaille d'autopsie. Malgré une tumeur polypoïde,

noirâtre, dure, de la grosseur d'un pois, remplie de globules et d'un coagulum fibrineux, rien, pendant la vie du sujet, ne le faisait soupçonner d'être atteint d'une tumeur laryngée et pourtant l'angiome s'insérait sur la corde vocale droite, à sa partie antérieure.

Si, pour les cas de Magnan et de Schœffer, on peut invoquer une sorte d'adaptation de l'organe, le cas de Maksimov serait le seul cité dans son genre, à moins qu'il ne faille aussi invoquer sa nature congénitale.

Rares sont les cas de ce genre et le plus souvent les angiomes du larynx se décèlent par des signes fonctionnels plus ou moins accentués. Dans la suite des observations, nous avons pu voir que le malade se présente d'ordinaire ayant pour symptôme principal un enrouement persistant. Tel le malade qui est cité dans notre observation inédite ; il en était de même des sujets d'observation de Furnis Potter, de Percy Kidd, d'Elsberg, de Heinze, de Moure, de Lennox-Browe, de Seifert, de Fauvel, Jurasz. Presque tous les malades avec les autres symptômes, quand il en existe ou bien simplement à titre tout à fait isolé, accusent des troubles de la voix qui peuvent aller du simple enrouement à la raucité et à l'aphonie complète. L'enrouement paraît avoir été intermittent (Bean et Dundas Grant). La toux légère accompagne cet enrouement.

Plusieurs observateurs nous rapportent que chez certains sujets il y avait une sensation persistante de corps étranger dans la gorge (Coupard, Pantaloni).

Elsberg, pour une tumeur siégeant sur la corde vocale droite, Prota, pour une tumeur de la grosseur d'une noix implantée sur l'épiglotte, mais faisant saillie au-dessus de la langue, signalent que leurs malades avaient principalement une dysphagie assez prononcée.

La gêne respiratoire, quand la tumeur atteint un volume inusité, est un signe beaucoup plus alarmant.

Goris, chez l'enfant de son observation, signale le cornage, les accès d'étouffement. La tumeur, sans être énorme, suffisait à obstruer le larynx d'un enfant de quatre ans. La gravité des symptômes s'accentue non seulement avec le volume et le siège de la tumeur, mais avec l'état des conditions individuelles de chaque sujet.

Nous n'avons pas encore parlé des hémorragies dont les malades de Brady, de Bond, de Coupard, étaient atteints. Un tel signe est capable de dérouter plus d'un diagnostic et, par suite, le pronostic. Le malade de Coupard fut envoyé deux saisons à Cauterets pour remédier aux lésions graves dont il paraissait être atteint. La cause de tout le mal, reconnue plus tard, n'était autre qu'une petite néoplasie sanguine dn larynx qui donnait ds temps à autre.

Toux, enrouement, dyspnée légère ou grave, sensation de corps étranger dans la gorge, hémorragies quelquefois, tels sont à peu près les signes auxquels les angiomes du larynx ont donné naissance. Aucun n'est spécifique. C'est assez dire qu'un diagnostic ne peut résider que dans l'examen direct du larynx.

D'autre part, les caractères cliniques des tumeurs sanguines du larynx sont-ils capables de nous renseigner sur la nature de celles-ci.

D'après Chiari, le diagnostic différentiel des angiomes du larynx serait à chercher. Fibromes, papillomes, myxomes, sarcomes télangiectasiques quand ils sont très riches en vaisseaux, par leur couleur rouge, bleu sombre, peuvent avoir une grande analogie avec les angiomes. La seule indication formelle ne pourra être donnée que par l'examen histologique, seul juge pour la distinction des angiomes vrais et des faux angiomes.

Puisque le pronostic de ces tumeurs ne promet aucune amélioration, un traitement s'impose et cela d'autant plus que de sa rapidité dépend souvent l'amélioration rapide de l'état du malade. De plus, très souvent, la tumeur grossit dans des proportions inquiétantes et met la vie du malade en danger (Goris, Loomis).

Quel est le traitement de préférence à appliquer aux angiomes du larynx? En lisant la suite des observations, on voit que chaque auteur préconise ou plutôt emploie un procédé différent. En effet, de même que le pronostic dépend, dans la plupart des cas, du siège, de la forme, du volume de la tumeur, un traitement bien dirigé doit également se baser sur les différents caractères que présente chaque cas particulier.

Il ne peut être ici question d'un traitement général ; ce traitement pourrait bien avoir pour objet le catarrhe pharyngien qui accompagne le plus souvent

les tumeurs sanguines du larynx. La pharyngo-laryngite granuleuse pourrait être améliorée, guérie même, que la tumeur sanguine ne se modifierait en rien. Que peuvent quelques grammes d'iodure, tous les anticongestifs contre les tumeurs de quelque ordre qu'elles soient, quand le traitement réside avant tout dans l'effet d'une intervention chirurgicale ?

La cure de l'angiome relève, avant tout, d'un traitement local. Ils sont déjà nombreux les traitements que l'on a proposés et mis en pratique. Ils ne diffèrent guère du traitement des tumeurs bénignes du larynx en général.

Rueda conseille l'électrolyse quand on a affaire à de gros angiomes. Les taches et tumeurs érectiles disparaissent plus ou moins facilement par la galvano-puncture positive. Même lorsqu'elles sont profondes et étendues, on arrive, en y mettant le temps nécessaire, à les supprimer sans les remplacer par des cicatrices apparentes.

Si les taches sanguines sont très superficielles, le courant faradique suffit, ou même l'aigrette électrique, suivant une communication verbale de M. Deschamps, de Rennes.

Cette méthode est pleine de promesses ; les remplit-elle toutes ? Pas d'intervention sanglante, partant pas d'hémorragie grave à redouter, circonstance qui devrait la faire préférer à tous les autres moyens, surtout dans les cas d'angiome, puisque le grand danger dans l'opération de ces tumeurs, c'est la perte de sang.

De plus, il n'y a pas de cicatrice à redouter ; autre bénéfice de l'électrolyse.

Malheureusement, cette méthode n'a pas que des avantages. Nous ne voudrions pas faire le procès de ceux qui l'ont préconisée comme moyen curatif. Pourtant, pourquoi ne pas le dire ? Maint angiome siégeant au niveau du tégument externe, traité par l'électrolyse pendant des mois et des mois, n'a pu avoir d'autre issue que de venir échouer sous le bistouri. Si cette méthode est donc assez impuissante en des régions où la pratique en est aisée, que serait-ce au niveau du larynx, où les difficultés de la mise en pratique viendraient s'ajouter ? Le patient qui supporte d'ordinaire assez difficilement les moindres instruments dans son larynx, se soumettra rarement à des séances répétées.

Les auteurs, d'ailleurs, l'ont beaucoup plus conseillée que mise en pratique.

Quand pourrait-on l'employer? Dans les cas de petites tumeurs sanguines, nous avons des moyens beaucoup plus expéditifs et aussi peu dangereux, les petits angiomes ne s'accompagnant guère d'hémorragies graves quand on les enlève.

Les angiomes sont-ils volumineux. Les troubles et les accidents, dyspnée, cornage, accès d'étouffement qu'ils amènent après eux ne laisseront pas le temps à l'électrolyse de produire ses effets toujours lents.

L'électrolyse, déjà souvent impuissante contre les angiomes du légument externe, ne saurait être

appliquée aux angiomes du larynx que dans des circonstances absolument rares.

Ce moyen de traitement une fois mis de côté, nous voyons que parmi ceux employés se trouvent les astringents, les caustiques, chimiques ou électriques, les instruments tranchants qui tous se réduisent aux différents modèles de pinces employées pour les tumeurs du larynx et à la curette qui a servi à Brady et à Pantaloni pour enlever les angiomes du larynx.

Nous trouvons encore l'anse froide ou serre-nœud et l'anse galvano-caustique.

Les astringents ont donné quelques bons résultats à Dundas Grant, sans toutefois arriver à bout de la tumeur. Il est à croire que les astringents ont plus d'effet contre l'état d'hyperémie locale qu'on signale comme accompagnant les angiomes du larynx que contre ces angiomes eux-mêmes. On ne pourra guère tenir grand compte sur les astringents quels qu'ils soient, tannin, alun, chlorate de potasse, quand il s'agira de la réduction d'une tumeur de quelque importance.

Parmi les caustiques, nous voyons journellement employer, dans les affections néoplasiques ou autres, l'acide chromique, le chlorure de zinc, l'acide lactique, le nitrate d'argent. Quelle est l'action de ces divers agents ?

L'acide chromique s'emploie pur ou en solution plus ou moins diluée. Sur les muqueuses, l'acide chronique forme rapidement une escharre superficielle gris jaunâtre, sans causer une douleur aussi

vive que les autres caustiques. L'escharre se détache au bout de deux ou trois jours. Le grand danger de cet agent c'est sa diffusion. Qu'il soit pur ou en solution, à deux grammes d'acide pour deux grammes d'eau, solution la plus employée, ce pouvoir de diffusion fait qu'on ne peut limiter son effet. Le chlorure de zinc pénètre les tissus profondément en provoquant des douleurs très vives. Les dimensions des escharres sont beaucoup plus étendues, quelquefois trois, quatre fois plus grandes que le fragment de chlorure de zinc introduit dans les tissus. Les solutions au dixième et au vingtième sont encore caustiques.

Quant à l'acide lactique, il est surtout appliquable aux fongosités qu'il détuirait en les transformant en une bouillie noirâtre. Il n'escarrifierait ni les muqueuses saines, ni le tissu cicatriciel normal, ni la peau, suivant Mosetig. Que pourrait l'acide lactique dans ce cas contre des angiomes, le plus souvent recouverts de muqueuses normales, les angiomes étant eux-mêmes formés de tissu vasculaire normal ?

On aura les mêmes réserves à faire vis-à-vis du nitrate d'argent. En solution très concentrée ou sous forme de crayon, l'application sur les muqueuses en est douloureuse, et si cette application est par trop prolongée, elle est suivie de la formation d'une escharre superficielle qui laisse à sa suite une ulcération. En solution étendue, son action est trop superficielle. Le meilleur cas où on puisse l'appliquer, serait après l'ablation de la tumeur, pour cautériser le point d'implantation, à cause du rétrécisse-

ment local des vaisseaux que produit le nitrate.

Après ce court exposé du mode d'action de ces différents caustiques, les uns à cause de leur action trop violente et difficile à modérer qui ne mettrait pas à l'abri de l'hémorragie, les autres à cause de leur action trop superficielle ou trop spéciale comme l'acide lactique, on pourrait ajouter l'acide arsénieux, ne nous parraissent pas devoir rendre de grands services dans les cas qui nous occupent. Les angiomes du larynx nous semblent ne pas relever des caustiques chimique, comme moyen thérapeutique, bien que Coupard ait emplové une solution de chlorure de zinc et paraisse s'en être bien trouvé.

Jurasz, chez ses trois malades, a employé la galvano-caustie. Des cautérisations au galvano-cautère amenèrent des hémorragies assez fortes et une rétraction considérable de la tumeur ; ces hémorragies n'avaient pas, d'autre part, présenté un caractère de gravité autrement inquiétant. Si, dans le premier cas, il y eut une récidive d'ailleurs guérie par le même procédé, le traitement galvano-caustique après une hémorragie assez longue, mais peu abondante, amena la guérison de la tumeur du deuxième malade de Jurasz, en une seule séance. La tumeur était grosse comme la moitié d'une lentille. Le troisième malade de Jurasz, pour une tumeur bilobée, en fut quitte avec deux séances de galvanocanstie, suivies de faibles hémorragies.

L'hémorragie, nous le voyons, n'est pas évitée par la galvano-caustie. Mais si cette méthode a des désavantages, elle mérite, malgré tout, de fixer

notre attention à cause même de la rapidité de son action. Une, deuʌ séances suffisent, ce qui n'est pas à dédaigner dans le traitement des affections du larynx. La galvano-caustie a besoin d'être accompagnée de quelques précautions pour éviter les inconvénients qu'elle pourrait avoir dans son application. En raison de la mobilité du larynx, le couteau galvanique risquerait d'atteindre les parties saines, principalement la corde vocale du côté opposé qui pourrait venir s'appliquer sur le couteau.

Pour prévenir les désordres, nous avons vu notre maître, M. le docteur Escat, adapter au couteau galvanique une plaquette d'ivoire destinée à préserver les tissus du côté opposé à la tumeur. Grâce à ce moyen, jamais le moindre accident ne s'est produit.

Nous avons vu plus haut que, parmi les moyens thérapeutiques des affections néoplasiques bénignes du larynx figure l'anse galvanique. Il est évident qu'elle exposerait aux mêmes accidents. Mais son emploi serait limité, comme nous le verrons aux tumeurs d'un certain volume et présentant un pédicule. Nous aurons à discuter sa valeur comparé à celle de l'anse froide ou serre-nœud.

Un instrument journellement employé pour les affections du larynx c'est la pince. Les modèles en sont multiples. Dirons-nous que par suite aucun ne satisfait.

Mais le larynx est un organe à part, sa thérapeutique en est délicate. On pourrait dire que chaque cas aurait besoin d'instrumnnts spéciaux, c'est peut-être une raison de la multiplicité des modèles de

pinces laryngiennes. Nous n'essaierons pas de les décrire toutes ; nous n'en décrirons même aucune, convaincu de ce fait que les voir une seule fois vaut mieux, pour en comprendre le maniement, que toutes les descriptions. Bean, Seifert, Moure, Heinze, Elsberg, Kidd, Poyet, etc., se sont servis de pinces pour la cure des angiomes du larynx. Johnson a utilisé un écraseur (sans doute une pince) sur lequel il ne nous donne pas d'autres indications. Mais presque chacun des opérateurs précédents a employé un modèle différent de pinces. Pince de Fauvel, pince Schrötter, pince de Mackensie, pince de Moure. Les pinces de Fauvel sont difficiles à cause de leur masse et de leur courbure. La pince de Mackensie aussi est d'un modèle déjà vieux. La pince de Schrötter, assez utilisée en Allemagne, est moins connue en France.

De nos jours, les pinces qui paraissent se partager la faveur du public des spécialistes seraient des modèles Ruault, Moritz-Smidt, Dundas Grant et Moure.

Ces pinces peuvent-elles s'appliquer aux angiomes du larynx ? Dans les deux observations inédites que nous rapportons, M. le docteur Escat s'est servi une fois de la pince de Dundas-Grant, l'autre fois de celle de Moritz Schmidt. Il faut dire qu'ici les tumeurs étaient d'un volume très restreint. Les pinces de Moritz Schmidt, surtout, ne conviendraient guère qu'à de tel cas. Les tumeurs un peu grosses ne sauraient être saisies en entier par ces pinces, qui risqueraient fort de n'aboutir qu'à déchirer les parois et à produire une hémorragie.

Les pinces de Dundas-Grant sont utiles dans quelques cas où l'épiglotte est naturellement abaissée. Mais elle ne s'applique guère qu'aux tumeurs siégeant sur les cordes vocales. Dans son emploi, il faut toujours se tenir dans le plan antéro-postérieur, sans quoi les mords empêchent les cordes de se rapprocher et par conséquent les tumeurs de s'engager dans ces mêmes mords.

Les pinces de Ruault sont d'un emploi plus général.

Le plus grand reproche que l'on puisse faire aux pinces est sans contredit leur tendance à déchirer les tissus.

Ferrari, pour avoir voulu enlever une parcelle de la tumeur, vit une hémorragie se déclarer. Que, déchiré, un kyste se vide, il n'y a pas à cela grand dommage ; il n'en est pas de même d'un angiome. Les pinces ne pourront donc être employées dans la cure des angiomes, du moins des angiomes de quelque volume, qu'avec une grande circonspection.

Il serait un moyen beaucoup plus pratique si dans tous les cas il était facile de l'appliquer. Le serre-nœud est un instrument facile à manier ; de plus, *en écrasant les tissus*, il prévient l'hémorragie. Mais les tumeurs pédiculées seules, mobiles, non étalées, relèvent de ce moyen. Il aurait même des avantages sur l'anse galvanique qui, de même que la galvano-caustie, ne mettrait pas à l'abri de l'hémorragie.

Jusqu'ici nous avons vu que, à cause de l'hémorragie, la galvano-caustie ne pouvait s'appliquer qu'aux

petites tumeurs sanguines ; que les pinces, en dilacérant, avaient le même danger ; que le serre-nœud ne convient qu'à des cas rares, après tout. Quel sera le traitement dans les cas qui ne relèvent d'aucun de ces moyens ? La malade de Pantaloni ne pouvait supporter un instrument dans son pharynx ; Goris ne pouvait se rendre compte de l'étendue ni du point d'implantation de la tumeur. De plus, dans ces deux cas, il y avait des accidents dyspnéiques ; une intervention par les voies extra-laryngées n'était que légitime.

Est-ce à dire que toutes les tumeurs de quelque importance relèvent de ce moyen. Ce serait peut-être ce que Pantaloni laisserait entendre. Pourtant Elsberg, avec d'assez gros angiomes, a pu opérer par la voie endo-laryngée et n'avoir que des hémorragies qui ont cédé aux moyens médicaux.

La thyrotomie et la trachéotomie ont-elles empêché le malade de Ferrari de succomber. Il est vrai que c'est par suite de pneumonie. Autre raison pour prohiber, autant qu'il sera possible, les voies extra-laryngées. Il est évident, en effet, que toute opération endo-laryngée est bien moins grave au point de vue de l'état général du malade qu'une simple thyrotomie ou une trachéotomie.

L'âge du patient ne doit pas non plus être un facteur à mettre en avant pour imposer une trachéotomie. Bardy a pu opérer un enfant de six ans sous le chloroforme sans trachéotomie.

La seule raison qui médite en faveur d'une thyrotomie serait le siège du point d'implantation de la

tumeur sanguine, ventricules, sinus pyriforme. Nous ne parlons pas des accidents de dyspnée, cornage, etc.

Quelles seront nos conclusions?

Les tumeurs sanguines du larynx sont rares.

On y trouve des tumeurs congénitales plus ou moins volumineuses, mais pouvant grossir jusqu'à mettre la vie du patient en danger et le faire succomber (Loomis).

Les varices y forment quelquefois de petits pelotons que l'on peut confondre avec les tumeurs caverneuses. Celles-ci, en effet, sont assez fréquentes dans le larynx, beaucoup plus fréquentes que l'angiome simple. Certains fibromes ou papillomes ont parfois des vaisseaux et des capillaires si développés qu'on a pu les prendre pour des angiomes primitifs.

L'étiologie de toutes ces tumeurs est assez obscure ; on a invoqué le catarrhe chronique, les efforts de voix, mais le *primum movens* nous échappe.

Leur pronostic dépend de plusieurs facteurs, du siège, du volume de la tumeur, de l'âge, du métier du sujet. Les symptômes se bornent le plus souvent à de l'enrouement, mais il peut y avoir des accidents dyspnériques, de suffocation. Comme traitement, il faut procéder à l'ablation.

Quel est le procédé de choix ? Tout cela dépend volume, du siège de la tumeur et de la docilité du malade. Les caustiques devront être abandonnés à cause de leur action trop pénétrante; la galvanocaustie, utile surtout contre les petites tumeurs,

devra être accompagné de quelques précautions pour préserver les parties saines.

Si la tumeur est pédiculée ou facile à saisir, le serre-nœud sera l'instrument de choix parce qu'il prévient toute hémorragie, accident que la galvano-caustie elle-même provoque.

Dans le cas de grosses tumeurs ou à base d'implantation difficile à apercevoir, on aura recours à la thyrotomie.

Les différents modèles de pinces laryngiennes très employées pour les autres espèces de tumeurs du larynx, recommandables même pour l'ablation des petits angiomes, devront être proscrites dans le cas de grosses tumeurs sanguines, parce que, en déchirant les tissus, elles provoqnent des hémorrhagies quelquefois graves (Ferrari).

Les tumeurs sanguines du larynx récidivent rarement.

BIBLIOGRAPHIE

Bean. — Northwestern Lancet, 1 märz 1890. Semon's Centralbl. VII. Jahrg., page 264.

Bond. — Case of large angiome of larynx. Société laryngologique de Londres, séance du 4 novembre 1898.

Charazac. — Deux cas de kyste sanguin du larynx. Annales de la polyclinique de Toulouse, juin 1890.

Chiari. — Sonderabdruck aus dem Archiv für laryngologie. Ueber angiome der Stimmbäder, 1892.

Coupard. — Tumeur sanguine de la corde vocale droite. Revue mensuelle de laryngologie, 1er juillet 1881, pages 311-312. Tumeur sanguine (kyste de la corde vocale gauche). Revue mensuelle de laryngologie, juillet 1883.

Crisp. — Angioma of vocal cord. Société laryngologique de Londres, séance du 14 novembre 1894

Desvernine. — Angiome pédiculé de l'épiglotte. Revue des sciences médicales de la Havane, 20 décembre 1887.

Dundas Grant. — Hémorragies sous-muqueuses et angiome des cordes vocales. Société laryngologique de Londres, séance du 12 avril 1893.

ELSBERG. — An angioma of the vocal cord. In Arch. of médecine 1884, p. 13. Philadelphia médical Times, 29 décembre 1883.

FAUVEL. — Traité des maladies du larynx. Paris, 1896. (Obs. CLXXXV et CCXL.)

FERRERI. — Considérazoni sui tumori sanguigni della laringe. La Speremenţale, décembre 1888.

FODELE. — Observatore. Tor. 1828, XIV, p. 33-41.

FURNIS POTTER. — Recurrent angio-fibroma involving the vintricular bands and vocal cords. Société laryngologique de Londres, 4 janvier 1901.

GAREL. — Kystes du larynx. Annales des maladies de l'oreille.

GLASCOW and BRŒMER. —Cavernous angioma of the larynx in Américan journal of médical sciences. Philadelphia, 1889, t. XCVII, p. 350.

GLASCOW (W.-C.). — Angiome du larynx. Américan Laryng. association. New-York medical journal, 20 octobre 1888, n 8, revue p. C16.

GENERSK. — Kyste hématique du larynx (Nederl. Tugdschr). Amsterdam, 1887, XXIII, 679.

GORIS (de Bruxelles). — Double trachéotomie pour angiome du larynx chez un enfant de 4 ans. Guérison. Compte rendu officiel de la Société française d'Otologie et de Laryngologie. Séance du 2 mai. Publié dans la Revue hebdomadaire de Laryngologie, 3 juin 1899.

HAMILTON. — Morbus laryngeus concionatorum or laryngeal affection of public speakers. Boston. Medical and surgical Journal, 1840-41, XXIII, p. 41-49.

HEINZE. — An angioma of the larynx : in Arch. of laryngologie, 1880, volume 1, page 135.

HOOPER. – A rare form of tumour (cavernous papilloma) of the vocal band. In américan larynx association, 1888.

Johnson. — Trans. of médico-surgical Society, vol. B, case 2. Cité par Makensie (Growch. in laryng.), pages 236-237.

Jurasz. — Die Krankeiten der oberen Luftwege. Heidelberg, Carl Winter, 1891, page 403 und 404.

Knight. -- Boston Medical and surgical journal, 1876, XCIV, 20.

Krieg. — Bericht über 18 Exstirpationem von Kehlkohfpolypen. Med. Cors; Bl. d. würltemb. ärztl. ver., Stuttgart, 1881, LI, 257, 262, 1 pl.

Loomis. — New-York med. Record. 12, April 1890, Semon's Centralbl. VII, Jahrg. page 264.

Lennox-Browne. — Angioma of the larynx witch traumatism. Compte rendu de la Société de Laryngologie et de Rhinologie d'Amérique. Réunion du 1er juin 1891.

Magnan (de Tours). — Angiome de l'amygdale et du larynx, Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux. Séance du 10 février 1896.

Maksimòv. — Des angiomes du larynx (en russe), Vratch n° 23, 1895.

Massei. — Cinq cents cas de tumeurs du larynx. Archivii ital. di Laryngologia, 1897, fasc. 3.

Michel. — Formes rares des tumeurs bénignes du larynx, par par le docteur Michel (Thése de Paris, 1893).

Mittmann (Heinrich). — Uber Gefassgeschwulste des kehlkopfes Inaugural dissertation. Würzburg, 1897.

Moreau-Brown. — A case of angioma of the larynx. Journal of respiration organs, mars 1889.

Morell-Mackensie. — A manual of diseases of the throat and nose. London, Churchill, 1880.

Moure et Sabrazès. — Revue hebdomadaire de laryngologie. Paris, 1893, XIII, 913-919.

Pantaloni. — Archives provinciales de médecine, n° 9, septembre 1897, page 52.

Percy-Kidd. — A case of angioma of the larynx. The britisch medical journal, 17 mars 1888.

— Angioma of larynx. (Bulletin de la Société laryngologique de Londres, 10 janvier 1894 et the britich medical journal.

Prota (de Naples). — Sur une tumeur paiticulière de l'épiglotte. Ann. de laringologia ed otologia, etc., di Genova, avril 1900.

Rueda. — Tumeur laryngée angiomateuse. Premier Congrès espagnol d'oto-rhino-laringologie (Madrid, du 18 au 24 novembre 1896). Compte rendu, par P.-C. Pelvez-Tillegas (de Grenade).

Schœffer (de Brœme). — Nœvus de la muqueuse de la bouche, du pharynx et du larynx. Monatssch f. Ohrenh, nº 11. 1881.

Schwartz (Ch.-Ed.). — Les tumeurs du larynx. Thèse d'agrégation, Paris, 1886, pages 32-34.

Schrötter. — Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes. Wien und Leipzig, W. Braumüller, 1892.

Seifert (Otto). — Ueber angiomes der Kehlkopfes. Munch. med. Wochens, nº 28, 1900.

Seiber (C). — Cité par Hooper. Report of a case of fibroid growth in the larynx. Philadelphia medical Times, 1875-1876, vi, 435.

Tauber (B). — Removal of papilloma of the larynx which became afterward malignant. Arch. laryngol., New-York, 1882, iii, 362.

Trask (Sampson). — Angioma of the larynx. Laryngoscope, février 1900 et Occidental medical Times, 1er février 1900.

Wolfenden. — Angioma of the larynx. The journal of laryngology, 1888.

Juffinger. — Wiener klinische Wochenschriff, 1891, nº 42.

KOSCHIER. — Wien. med. Blätter, 1895 und Wien. klin. Wochenschr, 1895, nº 19.

EPPINGER. — Path. anatomie des larynx und der trachea. Berlin, Ang. Hirschwald, 1880.

BRADY. — Angioma of the larynx in a boy aged six years removed under chloroform by an endo-láryngeal méthod. Journal of laryngology, nº 1, 1901.

Toulouse. — Imprimerie LAGARDE et SEBILLE, rue Romiguières, 2.